

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Expérimentation du débriefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier

Par

Véronique Vachon

Essai présenté à la Faculté d'éducation  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître en enseignement (M. Éd.)  
Maîtrise en enseignement au collégial

Juin 2018

© Vachon Véronique, 2018

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Expérimentation du débriefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier

Véronique Vachon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sébastien Piché	Directeur d'essai
<hr/>	
Prénom et nom de la personne	

Stéphane Chouinard	Évaluateur de l'essai
<hr/>	
Prénom et nom de la personne	

Essai accepté le : 17 juillet 2018

## **REMERCIEMENTS**

C'est au terme de cette grande aventure que je peux constater qu'entreprendre et conclure ce projet d'essai m'a demandé force, discipline et détermination. Je remercie mes enfants Alicia, Ann-Laurie et Antoine qui ont respecté le fait que je n'étais pas toujours disponible pour eux. J'espère vous avoir démontré qu'avec effort et détermination on finit par mener nos projets à terme. Je remercie ensuite mon amoureux, Dave, qui en plus de m'avoir encouragé à poursuivre, m'a soutenue dans les moments de doute.

Un énorme merci à Sébastien Piché, mon directeur d'essai. De par sa grande connaissance des fondements de la recherche, sa rigueur, ses mots justes, ses encouragements, sa disponibilité et son écoute, il m'a permis de me questionner, de contribuer à faire de moi une enseignante différente qui analyse et perçoit les choses d'une toute autre façon. En somme, merci de m'avoir aidé à me forger un esprit de recherche.

Je remercie ma collègue et amie Lia Tarini qui, de son côté, menait son propre projet d'essai. Merci pour toutes les discussions, les encouragements et le travail d'équipe. J'estime que c'est un grand privilège d'avoir eu à mes côtés quelqu'un qui vivait en même temps que moi ce grand défi.

Enfin, je tiens à remercier Performa et l'Université de Sherbrooke qui m'ont permis de poursuivre mes études tout en enseignant.



## SOMMAIRE

Cette recherche interprétative qualitative, de type expérimentation (Paillé, 2007), traite de la difficulté qu'éprouvent les étudiantes et les étudiants de Soins infirmiers à transférer leurs connaissances antérieures pour favoriser leur jugement clinique infirmier en stage. Le débriefage, utilisé comme méthode d'enseignement à l'aide de situations virtuelles avec des mannequins haute fidélité, rapporte des résultats concluants dans de nombreuses recherches. C'est pourquoi nous avons choisi comme objectif général d'expérimenter le débriefage dans un autre contexte, celui du stage, afin de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier.

Suite à une recension des écrits portant sur les concepts du jugement clinique infirmier, du transfert des connaissances et du débriefage, nous nous sommes fixés trois objectifs spécifiques : 1<sup>o</sup> observer la mécanique du transfert des connaissances employées par les étudiantes et les étudiants lors de l'utilisation de la méthode de débriefage RAS (rassembler, analyser et synthétiser); 2<sup>o</sup> vérifier si le débriefage en stage sollicite les composantes de la pensée critique et la démarche de soins afin de favoriser le jugement clinique infirmier; et 3<sup>o</sup> valider, auprès des étudiantes et des étudiants, leur appréciation de l'activité de débriefage.

L'expérimentation fut menée auprès de deux groupes d'étudiantes et d'étudiants en troisième année du programme *Soins infirmiers* 180.A0<sup>1</sup> au Cégep de Thetford qui effectuaient le stage intitulé : *intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement*. C'est avec la méthode de débriefage RAS, qui était la plus adaptée à s'appliquer en stage, que les

---

<sup>1</sup> Lorsque nous utilisons le terme programme *Soins infirmiers*, nous référons au programme 180.A0.

débriefages ont été menés sous forme de groupe de discussions focalisées. L'observation participante, réalisée durant le débriefage, a permis de compléter une grille d'observation faisant ressortir les attitudes liées à la pensée critique et leurs applications à la pratique professionnelle qui ont été sollicitées chez les étudiantes et les étudiants. Enfin, un questionnaire a permis de valider, auprès des étudiantes et des étudiants, leur appréciation de l'activité de débriefage.

L'analyse et l'interprétation des résultats ont permis l'atteinte des objectifs spécifiques. Le débriefage fut une activité pédagogique propice pour observer la mécanique du transfert des connaissances. L'accessibilité aux connaissances antérieures, la mémoire et l'expérience ont été des facteurs facilitant cette mécanique. La démarche de soins, souvent utilisée inconsciemment par les étudiantes et les étudiants, semble être tributaire des processus cognitifs de la mécanique du transfert des connaissances. Quant aux attitudes liées à la pensée critique et leurs applications à la pratique professionnelle, nous avons observé qu'elles ont permis de mettre en branle l'opérationnalisation de la mécanique du transfert des connaissances lorsqu'elles étaient sollicitées en début du processus de résolution de problèmes. Les résultats du questionnaire sont positifs : ils indiquent que les étudiantes et les étudiants ont apprécié l'activité du débriefage. Ils ont mentionné que l'activité a contribué à diminuer leur stress, à développer leur jugement clinique infirmier et à favoriser le transfert des connaissances.

En somme, les résultats obtenus nous permettent de croire que le débriefage utilisé en stage permet le transfert des connaissances et favorise le jugement clinique infirmier. Il nous apparaît comme un outil pédagogique prometteur qui favorise l'atteinte des compétences, maximiserait les chances de réussite à l'examen de l'OIIQ et faciliterait l'intégration au marché du travail s'il était utilisé dans tous les stages du cursus de l'étudiante et de l'étudiant.

Nous croyons au caractère transférable de la recherche en ce qui a trait aux méthodes de collecte de données. De plus, selon les résultats obtenus, nous estimons qu'ils pourraient être transférables à d'autres contextes similaires.





## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>13</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>14</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
<b>PREMIER CHAPITRE LA PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>21</b>
1 LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE .....	21
1.1 La profession infirmière.....	21
1.2 Le programme Soins infirmiers au collégial.....	23
1.3 La démarche de résolution de problèmes en Soins infirmiers .....	25
1.4 Le jugement clinique en Soins infirmiers .....	26
1.5 Le transfert des connaissances pour développer le jugement clinique en Soins infirmiers. ....	28
2 PROBLÈME DE RECHERCHE.....	28
3 OBJECTIF GÉNÉRAL DE L'ESSAI .....	33
<b>DEUXIÈME CHAPITRE LE CADRE DE RÉFÉRENCE.....</b>	<b>35</b>
1. LE JUGEMENT CLINIQUE INFIRMIER .....	35
1.1 Le processus complexe du jugement clinique infirmier .....	35
1.2 Modèle de la pensée critique pour la formulation du jugement clinique en Soins infirmiers .....	38
2. LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES.....	44

2.1	La psychologie cognitive .....	45
2.2	Des définitions du transfert des connaissances .....	48
2.3	La mécanique du transfert des connaissances .....	48
2.4	L'importance du transfert dans l'approche par compétences .....	51
3.	LE DÉBREFFAGE .....	52
3.1	Définition du débriefage .....	53
3.2	Buts et objectifs du débriefage .....	53
3.3	Pratique du débriefage .....	54
3.4	Méthodes pédagogiques pour réaliser le débriefage .....	57
3.4.1	Modèle afin de promouvoir l'excellence et l'apprentissage réflexif en simulation (PEARL) .....	57
3.4.2	Méthode RAS (rassembler, analyser et synthétiser) .....	58
4	LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES .....	59
<b>TROISIÈME CHAPITRE LA MÉTHODOLOGIE .....</b>		<b>61</b>
1	L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE .....	61
1.1	La posture épistémologique .....	61
1.2	Le type d'essai .....	62
2	LES PARTICIPANTES ET LES PARTICIPANTS .....	62
2.1	La population .....	62
2.2	Échantillonnage .....	63
2.3	Recrutement .....	64
2.4	Limites .....	65
3	LE DÉROULEMENT .....	65
3.1	Limites et contraintes anticipées .....	65

4	LES MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES .....	66
4.1	Le groupe de discussion focalisée.....	66
4.2	L'observation participante .....	67
4.3	Le questionnaire.....	68
5	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	69
5.1	Le consentement .....	69
5.2	La confidentialité .....	70
6	LES MOYENS POUR ASSURER LA RIGUEUR ET LA SCIENTIFICITÉ.....	70
7	LA DÉMARCHE D'ANALYSE DES RÉSULTATS.....	72
	<b>QUATRIÈME CHAPITRE LA PRÉSENTATION ET</b>	
	<b>L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....</b>	<b>75</b>
1	DONNÉES OBTENUES À PARTIR DES DÉBREFFAGES .....	75
1.1	Méthode d'analyse.....	77
1.2	Les données obtenues lors de la première partie du débriefage « Rassembler ».....	77
1.2.1	Présentation des données de la grille d'animation du débriefage .....	78
1.2.2	Présentation des données de l'observation participante.....	79
1.2.3	Interprétation des résultats .....	80
1.3	Les données obtenues lors de la deuxième partie du débriefage « Analyser » .....	80
1.3.1	Présentation des données de la grille d'animation du débriefage .....	81
1.3.2	Présentation des données de l'observation participante.....	86
1.3.3	Interprétation des résultats .....	88
1.4	Les données obtenues lors de la troisième partie du débriefage « Synthétiser ».....	93
1.4.1	Présentation des données de la grille d'animation du débriefage .....	93
1.4.2	Interprétation des résultats .....	94

2	DONNÉES OBTENUES À PARTIR DU QUESTIONNAIRE .....	94
2.1	Méthode d'analyse .....	95
2.2	Appréciation du moment et du lieu.....	95
2.3	Appréciation de l'outil débriefage et validation de sa pertinence .....	96
2.4	Appréciation du débrieur .....	100
2.5	Points forts et points faibles du débriefage.....	101
2.6	Interprétation des résultats .....	103
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>105</b>
	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>109</b>
	<b>ANNEXE A DEMANDE D'APPROBATION ÉTHIQUE D'UN PROJET DE RECHERCHE DU CÉGEP DE THETFORD .....</b>	<b>115</b>
	<b>ANNEXE B FORMULAIRE ET RECOMMANDATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE DES ESSAIS DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE .....</b>	<b>117</b>
	<b>ANNEXE C APPROBATION DU COMITÉ ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CÉGEP DE THETFORD .....</b>	<b>130</b>
	<b>ANNEXE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....</b>	<b>131</b>
	<b>ANNEXE E DÉROULEMENT ET ÉCHÉANCIER.....</b>	<b>136</b>
	<b>ANNEXE F GRILLE D'ANIMATION DU DÉBRIEFAGE .....</b>	<b>138</b>
	<b>ANNEXE G GRILLE D'OBSERVATION DES ATTITUDES LIÉES À LA PENSÉE CRITIQUE ET APPLICATIONS À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLES .....</b>	<b>139</b>
	<b>ANNEXE H QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DU DÉBRIEFAGE ..</b>	<b>141</b>
	<b>ANNEXE I LISTE DES MÉDICAMENTS À CONNAÎTRE POUR LE STAGE DE PERTE D'AUTONOMIE .....</b>	<b>144</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique professionnelle .....	43
Tableau 2	Influence de la psychologie cognitive sur l'enseignement et l'apprentissage .....	47
Tableau 3	Mécanique de transfert des connaissances de Tardif (1999).....	49
Tableau 4	Opérationnalisation de la démarche de soins et de la mécanique du transfert des connaissances lors des situations de soins .....	84
Tableau 5	Corrélation entre l'opérationnalisation de la démarche de soins et la mécanique du transfert des connaissances lors des situations de soins et les attitudes liées à la pensée critique .....	87
Tableau 6	Impact de la mécanique du transfert sur les étapes initiales de la démarche de soins .....	89
Tableau 7	Identification des points forts et points à améliorer suite aux discussions	94
Tableau 8	Temps suffisant accordé au débriefage .....	96
Tableau 9	Perception des étudiantes et étudiants face à la pertinence du débriefage réalisé en stage .....	97
Tableau 10	Perception des étudiantes et étudiants face à la pertinence des situations utilisées lors du débriefage réalisé en stage .....	98
Tableau 11	Appréciation de l'outil débriefage réalisé en stage .....	99
Tableau 12	Appréciation du débrieur .....	101
Tableau 13	Commentaires des étudiantes et étudiants quant aux points forts et points à améliorer .....	102

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Mosaïque des compétences cliniques de l’infirmière. ....	23
Figure 2	Application de la pensée critique pour la formulation du jugement clinique en soins infirmiers. ....	26
Figure 3	Modèle de la pensée critique pour la formulation du jugement clinique infirmier. ....	39
Figure 4	Composantes de la pensée critique en soins infirmiers. ....	41
Figure 5	Évolution de l’infirmière du stade novice à experte. ....	42

**LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

CER	Comité éthique à la recherche
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PEARL	Promouvoir l'excellence et l'apprentissage réflexif en simulation
RAS	Rassembler, analyser et synthétiser
UdeS	Université de Sherbrooke





## INTRODUCTION

Avec l'adoption de la loi 90 par le gouvernement du Québec, qui redéfinit le rôle central de l'infirmière et de l'infirmier dans le domaine de la santé et situe ses activités réservées en reconnaissant ses capacités de jugement clinique, des ajustements dans l'enseignement collégial sont nécessaires. Dans un contexte où le système de santé est en plein effervescence et les avancées technologiques sont en pleine ascension, les étudiantes et étudiants en Soins infirmiers doivent être formés pour être capables d'évaluer judicieusement une situation en faisant appel à leur jugement clinique infirmier. Pour ce faire, ils doivent être en mesure d'utiliser adéquatement leurs connaissances antérieures et de les transférer. Les étudiantes et les étudiants sont soumis à des situations complexes en stage qui visent et sollicitent le transfert des connaissances pour développer leur jugement clinique. Celui-ci doit se faire rapidement et efficacement pour intervenir de façon sécuritaire. Cependant, nous remarquons que les étudiantes et étudiants éprouvent de la difficulté à faire appel à leur pensée critique et à transférer leurs connaissances antérieures en vue d'évaluer et d'intervenir dans les situations de soins vécues en stage. Des recherches ont été menées dans le but de développer des stratégies d'enseignement et d'apprentissage pour remédier à cette situation. Le débriefage, outil pédagogique novateur, semble donner de bons résultats en étant utilisé en concomitance avec des mannequins haute fidélité. C'est pourquoi nous avons décidé d'utiliser le débriefage en stage en vue d'obtenir ces mêmes résultats.

Dans le premier chapitre de cet essai, on expose la problématique de la recherche. Ce chapitre est divisé en trois parties. Dans la première partie, le contexte de la recherche est exposé. Un portrait de la profession infirmière et du programme Soins infirmiers au collégial y sont présentés. On y retrouve une description de la démarche de résolution de problèmes en soins infirmiers appelée démarche de soins et

la place du jugement clinique infirmier y est précisée. Enfin, le rôle du transfert des connaissances dans le développement du jugement clinique infirmier est explicité. Dans la deuxième partie, on traite du problème de la recherche entourant les difficultés qu'éprouvent les étudiantes et les étudiants pour effectuer un transfert des connaissances et exercer un jugement clinique infirmier en stage. Ces difficultés sont constatées par des auteurs tels que Deschênes (2015) et Fontaine (2015). Dans la troisième partie, l'objectif général d'expérimenter le débriefage en stage afin de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier est énoncé.

Dans le deuxième chapitre, intitulé le cadre de référence, on présente la recension des écrits autour de trois concepts clés qui sont : 1° le jugement clinique infirmier; 2° le transfert des connaissances; et 3° le débriefage. Le cadre théorique a été appuyé par les écrits de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994), Tardif (1992, 1996, 1999), Potter, Perry, Stockert et Hall (2016), Presseau et Frenay (2004), Chiniara (2013), Brunet (2016), Simoneau et Paquette (2014), Simoneau et Pilote (2017), Brunet et Lavertu (2017), Renou (2012), Meirieu (1996), Perrenoud (1997), Tanner (2006), Dallaire et Dallaire (2008), Phaneuf (2013), Smith, Higgs et Ellis (2008), Paul et Elder (2004), Facione et Facione (2008), Lechasseur (2009), Benner (1995), Fortin et Rousseau (2015), Le Boterf (2008) et Deschênes (2015). Cette recension des écrits a permis de rédiger trois objectifs spécifiques à la recherche et permettra de faire l'analyse des données obtenues à partir des méthodes de collecte de données.

Le troisième chapitre, appelé la méthodologie, est divisé en sept parties. Dans la première partie, on aborde l'approche méthodologique. On y justifie nos choix quant à notre recherche interprétative qualitative, de type expérimentation (Paillé, 2007). En deuxième partie, nous présentons les participantes et les participants constitués d'étudiantes et d'étudiants de troisième année de Soins infirmiers qui font le stage intitulé *intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement* et présentons des limites. Par la suite, nous exposons le déroulement de la recherche. À la quatrième partie, nous dévoilons

les méthodes de collecte de données utilisées qui sont le groupe de discussion focalisée, l'observation participante et le questionnaire. Ensuite, les considérations éthiques, en ce qui a trait au consentement et à la confidentialité, sont abordées. La sixième partie expose les différents moyens utilisés pour assurer la rigueur et la scientificité de cette recherche qualitative. Enfin, dans la dernière partie, nous annonçons la démarche d'analyse des données qualitatives utilisée dans le but de répondre aux objectifs spécifiques de la recherche.

Finalement, dans le quatrième chapitre, intitulé présentation et interprétation des résultats, nous présentons et interprétons les résultats, obtenus à partir des débriefages en suivant la méthode RAS (rassembler, analyser, synthétiser) et du questionnaire, démontrant un lien entre la mécanique du transfert des connaissances, la démarche de soins, les attitudes liées à la pensée critique et le jugement clinique infirmier. Par la suite, des pistes pour des recherches ultérieures sont évoquées.



## **PREMIER CHAPITRE**

### **LA PROBLÉMATIQUE**

Ce premier chapitre présente la problématique et est divisé en trois parties. Dans la première partie, un portrait de la profession infirmière et du programme Soins infirmiers au collégial est présenté. Vient ensuite le choix de la démarche de résolution de problèmes utilisée en Soins infirmiers, la place du jugement clinique infirmier et l'importance du transfert des connaissances pour le développer. Dans la deuxième partie, le problème de recherche est explicité. Enfin, dans la troisième partie, l'objectif général de l'essai est énoncé.

#### **1 LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE**

##### **1.1 La profession infirmière**

Chaque profession est définie par un champ d'exercice qui établit la marque distinctive de celle-ci. Ce champ d'exercice balise le contexte d'application des activités réservées aux membres de l'ordre professionnel.

La profession infirmière a un champ d'exercice explicite et seuls les membres de l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) peuvent exercer les dix-sept activités professionnelles qui leur sont réservées (OIIQ, 2016).

L'application de la loi 90 adoptée par le gouvernement du Québec a modifié le Code des professions, reconnaissant ainsi l'expertise et le rôle central de l'infirmière et de l'infirmier dans le domaine de la santé. « Cette loi a redéfini, entre autres, les activités des infirmières en s'appuyant sur la reconnaissance de leur jugement clinique (prise de décision) » (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2007). Avec cette modification de la loi, les futures infirmières et infirmiers doivent apprendre à développer leur pensée critique en vue d'exercer un jugement clinique.

L'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (OIIQ, 2016) définit maintenant le champ d'exercice des infirmières et infirmiers comme suit :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assumer la réalisation du plan de soins et de traitement infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. (OIIQ, 2016, p. 3)

Pour être membres de l'OIIQ et ainsi obtenir un permis d'exercice, les étudiantes et les étudiants doivent réussir l'examen d'admission à la profession infirmière de l'OIIQ qui se tient à la fin de leurs études. L'examen professionnel est bâti à l'aide de la mosaïque des compétences cliniques initiales (OIIQ, 2009) illustrée à la figure 1, qui constitue le référentiel des compétences pour l'admission à la profession infirmière.

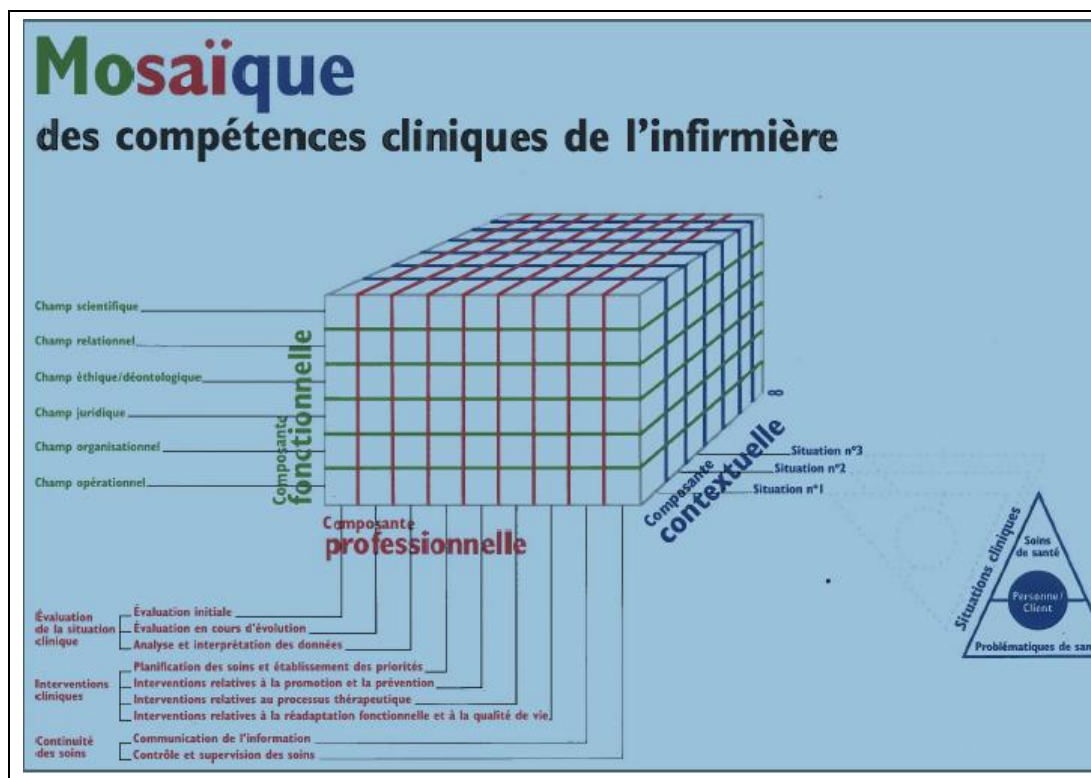


Figure 1 Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière.

Sources : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière, compétences initiales*. Éd. OIIQ. (1<sup>ère</sup> éd. 2001).

Cette mosaïque détermine trois axes complémentaires de l'aptitude à exercer la profession infirmière soit la composante fonctionnelle (connaissances, habiletés et attitudes), la composante professionnelle (évaluation clinique, interventions cliniques et continuité des soins) ainsi que la composante contextuelle (situations cliniques). La mosaïque illustre l'importance pour l'infirmière et l'infirmier d'utiliser son savoir, son savoir-être et son savoir-faire dans ses activités d'évaluation, d'intervention et de surveillance clinique (Potter, Perry, Stockert et Hall, 2016).

## 1.2 Le programme Soins infirmiers au collégial

Le programme Soins infirmiers, d'une durée de trois ans, comprend 660 heures de formation générale et 2145 heures de formation spécifique. De ces heures de

formation spécifique, on retrouve 1035 heures d'enseignement clinique, plus communément appelées « heures de stage ». La formation spécifique comprend l'atteinte de vingt-deux compétences (Gouvernement du Québec, 2007). Certaines de ces compétences sont vues pendant une session tandis que d'autres sont étalées sur plusieurs sessions. Par exemple, la compétence 01Q8 : interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier, est évaluée dès la deuxième session et se poursuit jusqu'à la sixième session. L'étudiante ou l'étudiant a donc cinq sessions pour développer et atteindre cette compétence (Gouvernement du Québec, 2007). Celle-ci est une assise importante vers l'atteinte des compétences visées en stage puisque l'étudiante ou l'étudiant doit démontrer qu'il est en mesure d'interpréter une situation clinique pour ensuite intervenir efficacement.

L'enseignement en Soins infirmiers est constitué d'heures de théorie, de laboratoires et de stages. Les stages se déroulent sur cinq sessions. Une compétence spécifique à chaque stage se retrouve à l'intérieur du devis ministériel du programme Soins infirmiers (Gouvernement du Québec, 2007). Voici une énumération de ces compétences :

1. Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisées requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie;
2. Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité;
3. Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers;
4. Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et en chirurgie dans des services ambulatoires;



5. Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale;
6. Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement.

Les étudiantes et étudiants évoluent et doivent intervenir dans ces divers milieux de stage. Les stages qui se déroulent en périnatalité, pédiatrie, services ambulatoires, santé mentale et perte d'autonomie sont d'une durée variable et sont insérés une seule fois dans le cheminement de l'étudiante et l'étudiant. Les stages réalisés en médecine et chirurgie sont, quant à eux, présents durant les trois années du cheminement de l'étudiante et de l'étudiant.

### **1.3 La démarche de résolution de problèmes en Soins infirmiers**

La démarche de résolution de problèmes appliquée aux soins infirmiers, aussi appelée démarche de soins, est guidée par le modèle conceptuel de Virginia Henderson (Delchambre et al, 2008). C'est l'approche pédagogique privilégiée au Cégep de Thetford car c'est cette démarche qui est utilisée au centre hospitalier de Thetford Mines, lieu où se déroulent les stages des étudiantes et étudiants. La démarche de soins comporte cinq étapes : la collecte de données, l'analyse et l'interprétation des données, la planification des soins et l'établissement des priorités, les interventions cliniques, l'évaluation des résultats et le suivi clinique. Selon Kataoka-Yahiro et Saylor (1994), cités par Potter et al. (2016), la démarche de soins offre aux infirmières et aux infirmiers une méthode et un langage pour aborder et résoudre les problèmes cliniques. C'est en appliquant cette démarche de soins, illustrée à la figure 2, que les étudiantes et les étudiants en Soins infirmiers parviennent à formuler un jugement clinique infirmier.

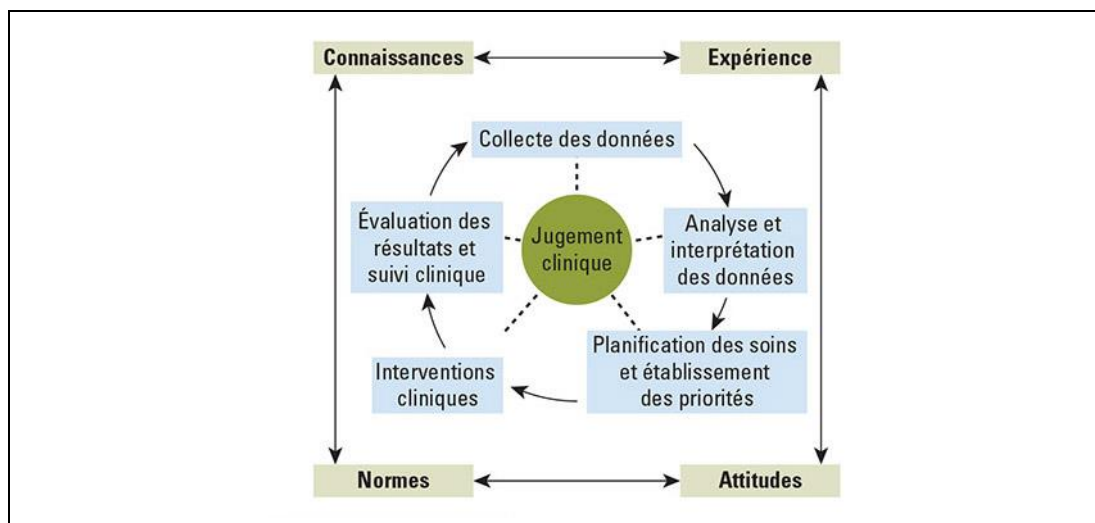


Figure 2 Application de la pensée critique pour la formulation du jugement clinique en soins infirmiers.

Sources : Potter P., Perry A., Stockert P. et Hall, A. (2016). *Soins infirmiers : Fondements généraux*. (4<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière éducation.

Ainsi, au cœur de la démarche de résolution de problèmes se trouve le jugement clinique. Cependant, afin de bonifier l'interprétation de ces étapes et parvenir au jugement clinique infirmier, il apparaît essentiel que l'étudiante ou l'étudiant fasse appel aux composantes qui sont à l'origine de la pensée critique telles que ses connaissances antérieures, ses expériences, ses normes intellectuelles et professionnelles ainsi que ses attitudes liées à la pensée critique.

#### 1.4 Le jugement clinique en Soins infirmiers

Savoir faire preuve d'un jugement clinique infirmier est une compétence indispensable que l'étudiante et l'étudiant doivent démontrer. En effet, tel que mentionné par Deschênes (2015) :

L'évolution constante des besoins et des attentes de la population en matière de santé, l'ultra-spécialisation ainsi que les innovations en matière de technologies complexifient la pratique actuelle des infirmières et infirmiers. Dès le début de sa carrière, l'infirmière dite novice sera placée

rapidement dans des contextes où elle devra faire preuve d'une forte compétence en matière de jugement clinique. (p. 7)

Or, pour exercer le jugement clinique, l'étudiante ou l'étudiant doit être en mesure d'exercer la pensée critique. Cossette, Mc Clish et Ostiguy (2004) citent Oermann (1998) qui affirme que : « la pensée critique est le processus cognitif qui guide l'infirmière dans sa démarche de raisonnement clinique et de prise de décision » (p. 21). Ennis (1985), affirme que la pensée critique est une pensée raisonnable et réflexive orientée vers une décision quant à ce qu'il faut croire ou faire. Selon Willingham (2007), la pensée critique consiste à :

envisager tous les aspects d'une question, à être ouvert à de nouvelles démonstrations infirmant vos idées premières, à raisonner sans passion, à s'appuyer sur des preuves, à déduire et inférer des conclusions à partir de fait valides, à résoudre les problèmes et ainsi de suite. (p. 1)

L'enjeu pour les enseignantes et les enseignants est de développer la pensée critique qui amène le jugement clinique infirmier chez les étudiantes et les étudiants de Soins infirmiers. Comme Boisvert (2000) l'exprime :

[...] il reste primordial de poursuivre la recherche sur les stratégies d'enseignement axées sur le développement de la pensée critique, afin d'éclairer les choix pédagogiques et éducatifs et dans le but de venir en aide à tous ceux et celles qui ont pour rôle de former les élèves à une plus grande rigueur intellectuelle. (p. 621)

Considérant que l'utilisation judicieuse des connaissances antérieures est une des composantes importantes permettant de répondre aux différentes questions de la démarche de soins et ainsi démontrer un jugement clinique infirmier en stage, il apparaît essentiel de développer des stratégies pédagogiques favorisant le transfert des connaissances.

### **1.5 Le transfert des connaissances pour développer le jugement clinique en Soins infirmiers**

Tardif et Meirieu (1996) affirment que le transfert « se produit lorsqu'une connaissance acquise dans un contexte particulier peut être reprise d'une façon judicieuse et fonctionnelle dans un nouveau contexte » (p. 2) c'est-à-dire lorsqu'elle peut être recontextualisée. Les stages en milieu hospitalier sont les endroits où les étudiantes et les étudiants de Soins infirmiers exercent le transfert de leurs connaissances pour intervenir dans les situations complexes. « Les stages dans les milieux de soins visent à favoriser un arrimage entre les apprentissages effectués en institution d'enseignement clinique et le vécu clinique » (Deschênes, 2015, p. 7). Fontaine (2015) souligne que la contribution tant pour les étudiantes et les étudiants que pour les enseignantes et les enseignants est importante afin de développer l'apprentissage du transfert des connaissances. Les étudiantes et les étudiants sont soumis à des situations complexes en stage qui visent et sollicitent le transfert des apprentissages pour développer leur jugement clinique. Celui-ci doit se faire rapidement et efficacement pour intervenir de façon sécuritaire. Le transfert des connaissances et l'application du jugement clinique qui amène une action peuvent se faire seuls ou avec l'équipe de soins. Dans ce deuxième cas, on pourrait alors parler de coconstruction des savoirs.

## **2 PROBLÈME DE RECHERCHE**

Dans le programme Soins infirmiers, chaque enseignante ou enseignant du département de Soins infirmiers accompagne son groupe de six ou sept étudiantes et étudiants sur une unité de soins. Plusieurs aspects sont à considérer lors de ces stages. Dans un premier temps, les étudiantes et les étudiants doivent être en mesure d'intervenir efficacement auprès de patientes ou patients en vue de démontrer l'atteinte des différences compétences du stage. Pour ce faire, ils doivent établir des liens entre la théorie et l'application en milieu clinique et appliquer la démarche de résolution de problèmes enseignée. Dans un deuxième temps, il faut également garder en tête que les

étudiantes et les étudiants interviennent directement sur une personne hospitalisée. La marge d'erreur permise est mince, voire impossible. Par ailleurs, la complexité des soins augmente le risque d'erreur de jugement clinique. Ces erreurs sont souvent tributaires d'un manque de reconnaissances d'indices cliniques, indicateurs de changement dans l'état d'un patient ou d'une patiente.

Dans leur rapport *To Err Is Human*, un comité américain sur la qualité des soins de santé a mis en lumière des statistiques alarmantes concernant la sécurité des patients : de 45 000 à 90 000 décès par année aux États-Unis seraient liés aux soins de santé et attribuables à des erreurs évitables (Kohn, Corrigan et Donaldson, 2000) [...] Dès lors, développer le jugement des futurs professionnels s'avère une priorité de formation pour assurer des soins sécuritaires à la population. (Deschênes, 2015, p. 14)

En début de sa formation, l'étudiante ou l'étudiant en stage a un bagage de connaissances restreint et l'enseignante ou l'enseignant a des attentes moins élevées quant à ses capacités pour évaluer la situation clinique, appliquer la démarche de soins et intervenir efficacement auprès de la patiente ou du patient. Cependant, comme le font remarquer Cossette, McClish et Ostiguy (2004), lors des dernières sessions d'études, la quantité d'heures de stage augmente considérablement, faisant en sorte que les élèves sont exposées à plus de problèmes infirmiers, dont la complexité varie et qui nécessitent parfois une intervention rapide. Les enseignantes s'attendent alors à ce que les élèves reconnaissent la gravité du problème, ce qui suppose qu'elles ont émis rapidement des hypothèses sur la base de données initiales, qu'elles ont procédé à une collecte orientée de quelques données pertinentes pour mettre ces hypothèses à l'épreuve afin d'en retenir une et de procéder aux interventions appropriées. (*Ibid.*, p. 73)

Ce processus de résolution de problèmes demeure difficile à opérationnaliser pour la majorité des étudiantes et étudiants et ce, même en fin de cheminement. Dans ce contexte, considérant le rehaussement des exigences de la profession, les enseignantes et enseignants font des efforts constants pour faire intégrer et utiliser les savoirs, mais les résultats escomptés ne sont pas atteints (Fontaine, 2015). Les étudiantes et étudiants ont de la difficulté à évaluer et à intervenir efficacement dans une situation clinique. Il est difficile pour eux de transférer leurs connaissances antérieures pour appliquer le processus de résolution de problèmes face aux situations

cliniques. En effet, Duchesne, Lachaine et Provost (2013) l'ont également observé dans leur recherche. Quand vient le temps d'analyser une situation de soins

nombreuses sont les étudiantes qui ne tiennent pas compte des données prioritaires, ne ciblent pas la tâche à accomplir ou encore n'identifient pas les connaissances nécessaires à la résolution de problèmes. (p 6-7)

Elles ajoutent : « nous avons remarqué qu'un bon nombre d'étudiantes n'énoncent qu'une seule hypothèse, qu'elles considèrent d'ores et déjà comme la solution retenue » (*Ibid.*, p. 7).

Pourtant, considérant le fait que les étudiantes et les étudiants sont exposés régulièrement à des situations de soins réelles et authentiques, on pourrait s'attendre à une évolution de leur pensée critique. Paré (2014) cite Christensen et al. (2008) qui s'accordent pour dire que « c'est principalement au cours des stages que le raisonnement clinique s'acquiert, à savoir en contexte professionnel » (Paré, 2014, p. 33).

Paul et Elder (2004), cité par Potter et al. (2016), indiquent que

le fait de penser de façon critique permet d'entrevoir des hypothèses et de mettre en doute leur valeur, de relever ce qui est important dans une situation donnée, de concevoir et d'explorer d'autres possibilités et d'utiliser le raisonnement et la logique pour prendre des décisions bien fondées. (p. 5)

En se basant sur ces définitions, on pourrait donc supposer que les étudiantes et les étudiants ont de la difficulté à exercer leur jugement clinique en Soins infirmiers.

Éprouver de la difficulté à exercer leur jugement clinique infirmier et à transférer leurs connaissances fragilise la réussite des étudiantes et des étudiants sur plusieurs volets. Tel que mentionné dans le contexte, plusieurs étapes doivent être réussies pour à porter le titre d'infirmière ou d'infirmier. Premièrement, les étudiantes et les étudiants doivent obtenir leur diplôme d'études collégiales; par la suite, ils doivent réussir l'examen de l'OIIQ pour avoir le droit d'exercice; finalement, ils se

doivent d'avoir des pratiques exemplaires dans le cadre de leur profession étant membre de l'OIIQ et ils ont donc des obligations déontologiques et éthiques envers la population. En conséquence, s'ils éprouvent des difficultés à exercer le jugement clinique infirmier et à transférer les connaissances antérieures, ils sont exposés à un échec en stage, car ils atteignent peu les compétences visées. Cependant, même si les étudiantes et les étudiants parviennent difficilement à atteindre les compétences au fil des trois ans de leur cheminement collégial, ils risquent un échec à l'examen professionnel de l'OIIQ en ne répondant pas aux critères de la mosaïque des compétences. Advenant le fait que les étudiantes et les étudiants parviennent à réussir avec difficulté les deux premières étapes, ils risquent de ne pas être sécuritaires envers la clientèle en matière de pratique exemplaire puisqu'ils seront placés rapidement dans des situations complexes faisant appel à leur pensée critique et à un transfert des connaissances en vue de prendre des décisions pertinentes et d'intervenir sans erreur de jugement.

Parallèlement, les étudiantes et les étudiants ne vivent pas tous les mêmes situations de soins durant leurs stages. Leurs expositions aux situations sont tributaires des problèmes de santé pour lequel la patiente ou le patient est hospitalisé. L'éventail de l'application et du transfert des connaissances sera donc appliqué différemment pour chaque étudiante ou étudiant selon la journée de stage qui se présente. Par ailleurs, ils sont souvent peu conscients des situations de soins auxquelles sont exposés les autres étudiantes ou étudiants de son groupe puisqu'ils sont concentrés par l'organisation et l'administration des soins à leurs propres patientes ou patients. Les apprentissages sont donc inégaux, les étudiantes et les étudiants ne vivant pas tous les mêmes situations de soins, mais devant atteindre tous les mêmes compétences.

Lors d'une exposition à une situation complexe, « les étudiantes et étudiants n'ont pas le réflexe de réfléchir à leur processus à la suite de l'action dans un but de régulation » (Fontaine, 2015, p. 19). Est-ce par manque de temps dû à la lourdeur de la tâche sur les unités de soins? Est-ce un manque de jugement clinique infirmier? Est-ce tout simplement parce qu'ils n'y pensent pas? Est-ce parce qu'ils ne sont pas soumis

par les enseignantes ou enseignants à ce processus de réflexion? Comment s'y prendre pour aider les étudiantes et étudiants à transférer leurs connaissances antérieures en vue d'exercer un jugement clinique infirmier et ainsi évaluer et intervenir efficacement lors d'une situation clinique?

Nous sommes dans un contexte où le développement de méthodes pédagogiques pour favoriser le transfert des connaissances et le jugement clinique infirmier sont en ébullition. On peut penser à Duchesneau, Lachaine et Provost (2015) qui ont utilisé un wiki auprès d'étudiantes et d'étudiants en Soins infirmiers pour constater les stratégies cognitives et métacognitives mises en œuvre dans des situations de résolution de problèmes et dans des situations de transfert. Lamond (2007), quant à elle, a élaboré une stratégie pédagogique qui consiste en un carnet de stage pour favoriser l'intégration et le transfert des connaissances en stage de périnatalité auprès d'étudiantes et étudiants en Soins infirmiers au collégial. Deschênes (2015) a misé sur le développement du jugement clinique infirmier lors d'activités en simulation clinique haute fidélité. Ces recherches utilisent différentes stratégies pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. On y aborde des stratégies cognitives et métacognitives et des approches socioconstructivistes, mais les solutions apportées par ces recherches sont difficilement applicables à la problématique, *car elles ne se déroulent pas en milieu clinique*. Une de ces recherches démontre l'avantage de l'utilisation du débriefage dans un contexte de simulation clinique haute fidélité (Deschênes, 2015). Le débriefage utilisé pour activer le transfert des connaissances est un nouvel outil qui fait l'objet de nombreuses recherches. Il vise à traiter les émotions vécues par les étudiantes et les étudiants, mais surtout à établir des liens entre les différents types de stratégies cognitives utilisées. Il vise à promouvoir la pratique réflexive et le développement du jugement clinique (Deschênes, 2015). Cependant, aucune recherche ne traite du débriefage utilisé dans le cadre d'un stage pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier.



### 3 OBJECTIF GÉNÉRAL DE L'ESSAI

Force est de constater que les étudiantes et les étudiants éprouvent de la difficulté à faire appel à leur pensée critique et à transférer leurs connaissances antérieures en vue d'évaluer et d'intervenir dans une situation de soins. En considérant que, dans le cadre d'un stage, « l'apprentissage se déroule exclusivement en milieu hospitalier et que cela a plusieurs conséquences dont celles de diminuer le temps disponible pour l'anticipation de l'action ainsi que pour son analyse » (Amiot et St-Pierre, 1996, p. 1), il nous paraît pertinent d'expérimenter une stratégie d'enseignement qui pourrait amoindrir cette difficulté.

Dans le cadre de cette recherche, nous poursuivons comme objectif général d'expérimenter le débriefage en stage avec des groupes d'étudiantes et d'étudiants en Soins infirmiers afin de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier.



## **DEUXIÈME CHAPITRE**

### **LE CADRE DE RÉFÉRENCE**

Ce chapitre présente le cadre de référence découlant de la recension des écrits. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, les étudiantes et étudiants en Soins infirmiers éprouvent de la difficulté à transférer leurs connaissances antérieures et à exercer leur jugement clinique infirmier en vue d'évaluer et d'intervenir efficacement lors d'une situation de soins. Nous avons choisi comme objectif général d'expérimenter le débriefage en stage afin de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Les sections suivantes précisent les concepts clés découlant de cet objectif général, soit le jugement clinique infirmier, le transfert des connaissances et le débriefage.

#### **1. LE JUGEMENT CLINIQUE INFIRMIER**

La littérature scientifique utilise plusieurs termes pour faire référence au jugement clinique infirmier. Ainsi, en plus du terme « raisonnement clinique », les expressions « jugement clinique, résolution de problèmes, processus décisionnel et pensée critique ont tendance à être utilisés de façon interchangeable » (Tanner, 2006, p. 204). Le fait d'utiliser plusieurs termes ne facilite pas la compréhension du processus (Tanner, 2006). Dans ce qui suit, le jugement clinique infirmier et son lien avec la pensée critique sont présentés.

##### **1.1 Le processus complexe du jugement clinique infirmier**

Tanner (2006) utilise le terme raisonnement clinique pour définir le processus qui constitue la base du jugement clinique infirmier. « Le raisonnement clinique est le processus par lequel les infirmières et les autres cliniciens portent des jugements » (p. 204). Le jugement clinique nécessite une capacité de reconnaître les aspects

saillants d'une situation de soins non définie, d'interpréter leur signification et d'y répondre de manière appropriée (Tanner, 2006). Un modèle de prise de décision clinique est proposé par Tanner (2006). Il comprend quatre étapes : le constat, l'interprétation, la réaction et la réflexion. Ce modèle traduit « le processus dans lequel s'engagent les infirmières face à une situation complexe qui nécessite un jugement infirmier » (*Ibid.*, p. 209). Ce dernier souligne la contribution de ce modèle qui est utilisé comme guide pour le débriefage dans le centre de simulation de son centre universitaire.

Dallaire et Dallaire (2008) emploient également le terme « raisonnement clinique » comme élément de base amenant le jugement clinique infirmier. Elles expliquent que ce dernier se base sur le raisonnement clinique et qu'il nécessite des savoirs théoriques de la part de l'infirmière et de l'infirmier. Il établit un lien entre le savoir général de l'infirmière et de l'infirmier et le savoir particulier lié à une personne et sa condition de santé (Dallaire et Dallaire, 2008).

Phaneuf (2013) définit le jugement clinique comme « une idée, une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées; il est, en somme, la conclusion qu'elle en tire. » (p. 1) Elle souligne qu'il

permet de réunir le faisceau des informations qui en résulte, de les examiner, de les relier entre elles, d'établir des liens avec ce qui est déjà connu sur le sujet et de les considérer d'un regard rationnel et critique qui conduit l'infirmière à interpréter de manière synthétique ce qu'elle constate. (p. 2)

Ce processus conduit l'infirmière et l'infirmier à la prise de décision (Phaneuf, 2013).

Les auteurs Smith, Higgs et Ellis (2008) définissent la prise de décision clinique par les professionnels de la santé comme un processus complexe qui doit considérer plusieurs options face à une situation. « En effet, la prise de décision doit tenir compte du contexte, des connaissances de base (littérature, données

probantes,...), des variables de la situation et des individus impliqués » (*Ibid.*, p. 89).

Tous ces auteurs sont d'avis que c'est un processus complexe.

Poser un jugement clinique est exigeant pour l'infirmière puisqu'il demande une certaine maturité intellectuelle et professionnelle en matière d'attention, de capacité de raisonnement, de synthèse pour arriver à une déduction logique. Il est complexe puisqu'il vient se greffer sur ses connaissances du sujet, ce qui suppose certains apprentissages préalables. Mais aussi parce qu'il est tributaire de sa capacité d'observation, de sélection des données pertinentes, d'établissement de liens entre ce qu'elle voit, ce qu'elle sait et sa capacité de raisonnement. (Phaneuf, 2013, p. 1)

Paul et Elder (2004), cités par Potter et al. (2016), parlent plutôt de la pensée critique comme étant à la base du jugement clinique infirmier. Ceux-ci expliquent que

le fait de penser de façon critique permet d'entrevoir des hypothèses et de mettre en doute leur valeur; de relever ce qui est important dans une situation donnée; de concevoir et d'explorer d'autres possibilités et d'utiliser le raisonnement et la logique pour prendre des décisions bien fondées. (p. 5)

L'étudiante et l'étudiant en Soins infirmiers doivent être conscientisés à l'importance de la pensée critique tout au long de leur formation. Potter et al. (2016) avancent que « tout au long de sa formation, l'étudiante doit s'attendre à faire appel à sa pensée critique - et accepter ce fait - pour maximiser son apprentissage et optimiser la prestation des soins » (p. 5). Pour ce faire, l'étudiante et l'étudiant doivent savoir comment y faire appel et comment faire pour l'opérationnaliser. On pourrait donc en conclure que l'enseignante ou l'enseignant en Soins infirmiers qui doit évaluer la capacité de l'étudiante ou de l'étudiant à exercer son jugement clinique infirmier devrait, dans un premier temps, enseigner à l'étudiante ou l'étudiant le processus de la pensée critique à la base du jugement infirmier.

## **1.2 Modèle de la pensée critique pour la formulation du jugement clinique en Soins infirmiers**

Différents modèles de pensée critique, faisant le parallèle avec le domaine des soins infirmiers, sont recensés dans les écrits scientifiques sur le sujet. On peut penser à Facione et Facione (2008), Tanner (2006), Lechasseur (2009), Paul et Elder (2006) et Kataoka-Yahiro et Saylor (1994). Afin d'avoir un modèle de référence du processus de la pensée critique pour la formulation du jugement clinique infirmier facilement accessible pour les étudiantes et les étudiants, nous proposons d'utiliser le modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) proposé dans le volume de Potter et al. (2016). En effet, au Cégep de Thetford, les étudiantes et étudiants en Soins infirmiers sont dans l'obligation d'acheter ce livre de référence. En plus de son accessibilité, le modèle y est présenté et explicité clairement. Nous estimons donc de que miser sur ce modèle constitue un avantage pour les étudiantes et les étudiants ainsi que pour les enseignantes et les enseignants.

Ce modèle, illustré à la figure 3, conceptualisé et élaboré par Kataoka-Yahiro et Saylor (1994), permet d'établir des relations entre les variables de la pensée critique et le jugement clinique infirmier qui peut être testé et validé. Il est constitué de « deux ensembles d'éléments distincts et interreliés, soit les trois niveaux de la pensée critique et les composantes de celle-ci » (Potter et al., 2016, p. 7) tel qu'illustré à la figure 3.

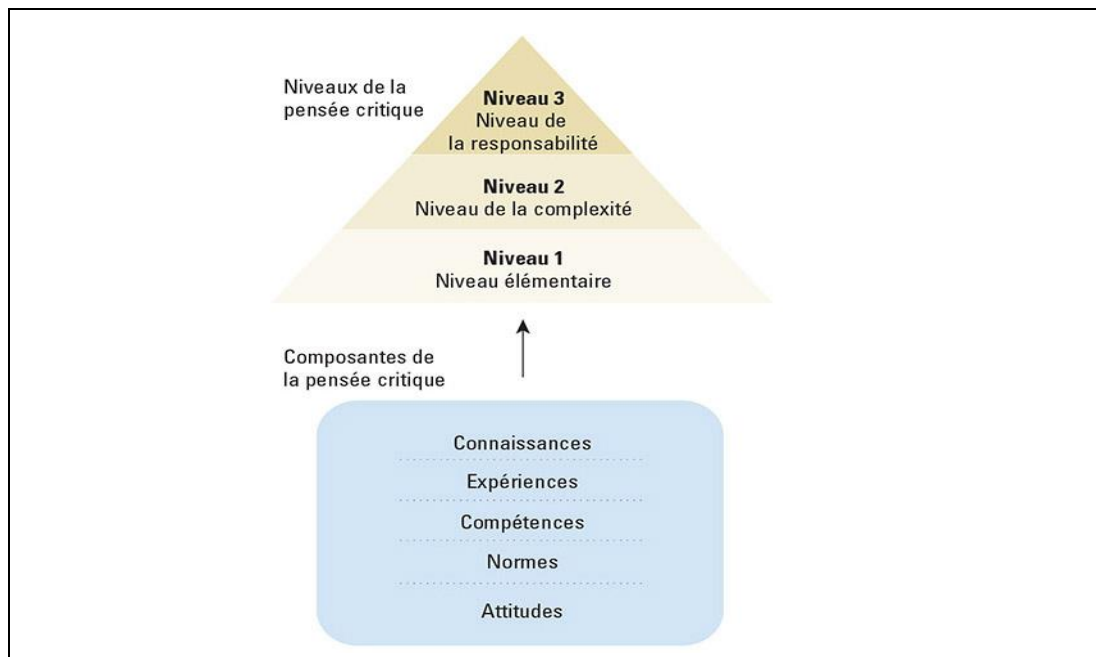


Figure 3 Modèle de la pensée critique pour la formulation du jugement clinique infirmier.

Sources : Potter P., Perry A., Stockert P. et Hall, A. (2016). *Soins infirmiers : Fondements généraux*. (4<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière éducation.

Au premier niveau dit élémentaire, les étudiantes et les étudiants croient que les experts ont réponse à tout, ils recherchent des réponses toutes préparées et suivent les instructions à la lettre sans les adapter à la situation d'une patiente ou d'un patient (Potter et al., 2016). Au deuxième niveau, dit de complexité, les étudiantes et les étudiants « [commencent] à considérer d'autres solutions de façon plus autonome » (*Ibid.*, p. 7). Ils explorent des possibilités et envisagent des solutions face à une situation de soins (Potter et al., 2016). Le troisième niveau, dit de responsabilité, est atteint avec l'expertise et l'expérience. Les infirmières et infirmiers plus expérimentés examinent et analysent les options pour prendre des décisions et choisir les bonnes interventions (Potter et al., 2016).

Pour cheminer dans le développement de sa pensée critique, « l'étudiante doit aussi mettre à profit les composantes du processus qui la feront évoluer du niveau

élémentaire à celui de la responsabilité » (Potter et al., p. 7). Ces composantes, illustrées en détail à la figure 4, sont :

- 1- les connaissances spécialisées en soins infirmiers;
- 2- l'expérience en soins infirmiers;
- 3- les normes liées à la pensée critique;
- 4- les attitudes liées à la pensée critique;
- 5- les compétences de la pensée critique.

Grâce à ses connaissances spécialisées en soins infirmiers, l'infirmière ou l'infirmier aborde et évalue une situation de soins d'une façon qui lui est propre. Ses connaissances « lui fournissent une conception holistique du client et de ses besoins en soins de santé, et elles déterminent sa capacité à exercer son jugement clinique relativement aux problèmes qu'elle doit résoudre » (*Ibid.*, p. 364, p. 8).



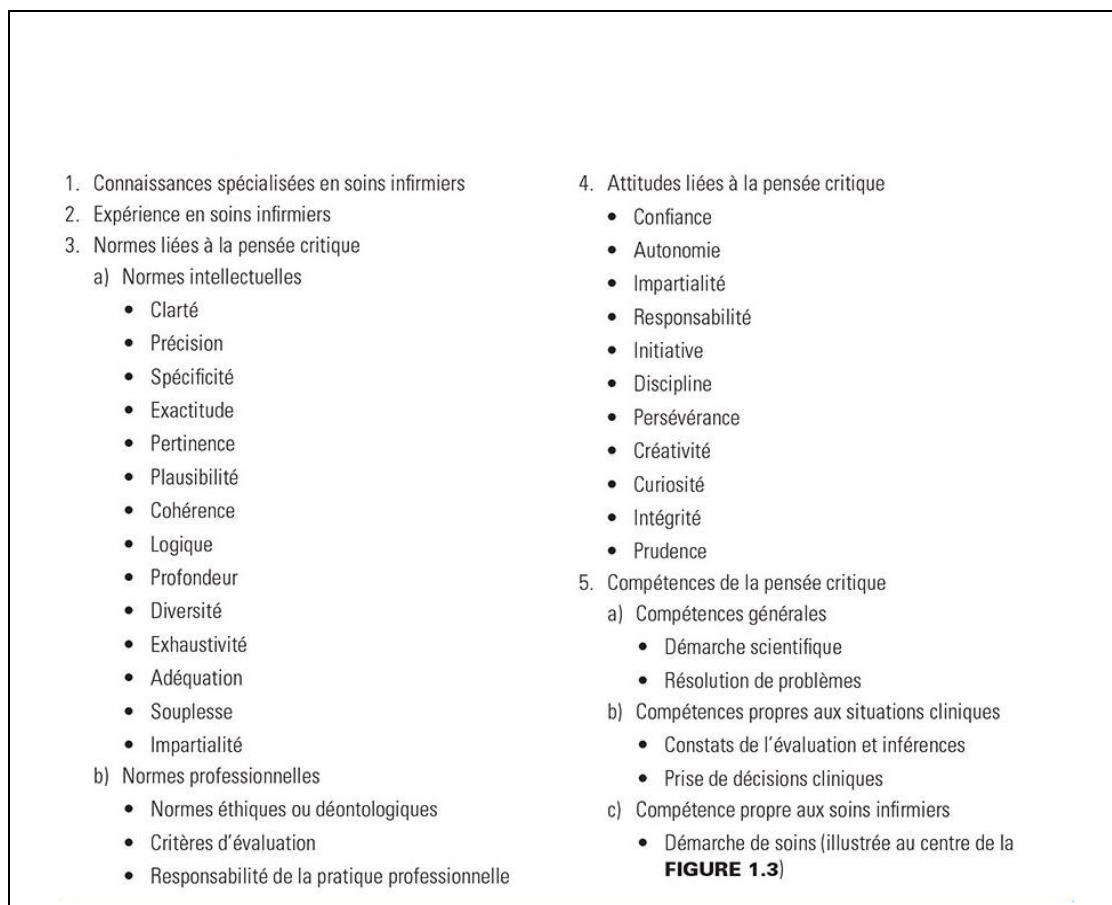


Figure 4 Composantes de la pensée critique en soins infirmiers.

Sources : Potter P., Perry A., Stockert P. et Hall, A. (2016). *Soins infirmiers : Fondements généraux*. (4<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière éducation.

L'expérience en soins infirmiers permet, quant à elle, de développer les habiletés d'observation, d'interaction et de réflexion (Potter et al., 2016). Benner (1995) illustre les stades de développement et de l'évolution de l'infirmière ou de l'infirmier (figure 5). De plus, elle situe, pour chacun des stades, l'évolution de la capacité à poser le jugement clinique. Comme le mentionne Phaneuf (2008), « selon l'expérience de l'infirmière, le processus intellectuel suivi pour poser ce jugement est plus ou moins long. Chez la novice, il ne peut être que lent et laborieux, alors que chez l'experte, il peut devenir intuitif et très rapide » (p. 3).

- 1er stade : *novice*. Peu de connaissances et d'expérience, savoirs limités, registre d'intervention, restreint et rigide. Le jugement clinique est analytique et laborieux.
- 2e stade : *débutante*. Niveau de connaissance et d'expérience qui permet de reconnaître les aspects importants des situations. Jugement clinique analytique, orienté par des principes rigides, dans un registre plus large que celui de la novice.
- 3e stade : *compétente*. À deux ou trois ans d'expérience. Jugement clinique plus rapide, action efficace et planification à long terme. Prévoit de manière consciente et délibérée, peut faire face à certains imprévus. Registre de possibilités beaucoup plus large.
- 4e stade : *performante*. Capable de modifier son action pour faire face à des situations non prévisibles. Le savoir devient transférable à de nouvelles situations. Jugement global, processus de décision plus rapide et moins laborieux. Identification logique des priorités à établir.
- 5e stade : *experte*. Après cinq ans d'expérience. Manière moins analytique, plus synthétique, plus intuitive, plus rapide et plus sûre de juger. Transfert des connaissances tout en respectant l'essentiel. Moins prisonnière des règles codifiées de la pratique. Utilise sa créativité pour résoudre des problèmes de soins et faire face à l'urgence ou à la complexité de certaines situations. (Benner, 1995, p. 23-35)

Figure 5 : Évolution de l'infirmière du stade novice à experte.

Sources : Benner, P. (1995). De novice à experte : excellence en soins infirmiers. Paris : InterÉditions

Les normes liées à la pensée critique énumérées dans la figure 4 « font référence aux critères qui orientent les soins et qui permettront d'évaluer le bien-fondé et la pertinence des décisions et des jugements énoncés par l'infirmière » (Potter et al., 2016, p. 9). On parle de normes intellectuelles et de normes professionnelles. Les normes intellectuelles doivent être sollicitées afin de garantir le bien-fondé et la valeur des décisions de l'infirmière ou de l'infirmier (Potter et al., 2016). Les normes professionnelles guident l'infirmière ou l'infirmier à la prise de décision éclairée en tenant compte des différentes lois auxquelles ils sont régis.

Les attitudes liées à la pensée critique, établies par le chercheur Paul (1993), cité par Potter et al. (2016), sont essentielles à l'exercice de la pensée critique et elles jouent un rôle décisif dans la prise de décision (Potter et al., 2016). « Par définition, l'attitude fait référence à un ensemble de jugements et de tendances qui poussent

l’infirmière à adopter un comportement » (*Ibid.*, p. 10). Au tableau 1 on retrouve ces attitudes ainsi que la façon de les appliquer à la pratique professionnelle. Potter et al. (2016) soulignent que ces attitudes sont intimement liées à l’expérience et se développent au fil des expériences vécues.

Tableau 1

## Attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique professionnelle

ATTITUDE	APPLICATIONS À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE
Confiance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprendre à se présenter à un client. Parler avec assurance en commençant une intervention de soins.</li> <li>• Éviter de donner l’impression de douter de ses habiletés.</li> </ul>
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lire des ouvrages et des articles portant sur les soins infirmiers, surtout lorsque des points de vue divergents sont présentés.</li> <li>• Discuter avec des collègues des interventions en soins infirmiers.</li> </ul>
Impartialité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Écouter les points de vue dans toute discussion. Si un client ou les membres de sa famille se plaignent de la conduite d’un collègue, les écouter, puis rechercher l’autre version de l’histoire. Examiner les faits.</li> </ul>
Responsabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander de l’aide en cas de doutes concernant une méthode de soins ou un traitement.</li> <li>• Rapporter immédiatement le moindre problème éprouvé. Respecter les normes de la pratique des soins.</li> </ul>
Initiative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier la prescription du médecin si les connaissances de l’infirmière suscitent des doutes.</li> <li>• Au besoin, proposer d’autres solutions à des collègues.</li> </ul>
Discipline	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire preuve de régularité dans l’utilisation de critères reconnus pour procéder, par exemple, à une analyse et à une interprétation des données ou à une évaluation. Prendre le temps d’approfondir la question.</li> </ul>
Persévérance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se méfier des solutions faciles. Si des renseignements semblent incomplets, demander des précisions ou s’adresser directement au client concerné. Si ce genre de situation se reproduit au sein de l’unité, réunir l’équipe, exposer le problème et chercher une solution.</li> </ul>
Créativité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chercher des approches différentes si les autres interventions n’ont donné aucun résultat.</li> </ul>
Curiosité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chercher la cause d’un événement. Les signes et les manifestations cliniques peuvent faire l’objet de diverses interprétations. Effectuer des recherches, recueillir des données supplémentaires de façon à prendre des décisions cliniques appropriées.</li> </ul>
Intégrité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître les divergences d’opinions avec le client. Réviser les positions de chacun pour déterminer le meilleur moyen d’en arriver à des solutions communes.</li> </ul>
Prudence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître le manque d’information lorsque cette lacune nuit à une prise de décisions adéquates. Si le service et les clients sont nouveaux pour l’infirmière, demander de l’aide. Lire les revues de soins infirmiers pour connaître les nouvelles méthodes de soins.</li> </ul>

Potter P., Perry A., Stockert P. et Hall, A. (2016). *Soins infirmiers : Fondements généraux*. (4<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière éducation.

Enfin, Kataoka-Yahiro et Saylor (1994), énumèrent les compétences intégrées dans le modèle de la pensée critique. On retrouve les compétences générales telles que la démarche scientifique et la résolution de problèmes. Par la suite, on fait référence aux compétences propres aux situations cliniques « qui font appel au processus de la démarche de soins et aux inférences ainsi que des compétences ayant trait à la prise de décisions cliniques » (Potter et al., 2016, p. 11). Finalement, on traite de la compétence portant sur la démarche de soins qui est enseignée et adoptée par l'étudiante ou l'étudiant et l'infirmière ou l'infirmier pour prodiguer ses soins.

Tel que précisé précédemment, la démarche de soins se compose de cinq étapes : la collecte des données, l'analyse et l'interprétation des données, la planification des soins et l'établissement des priorités, les interventions cliniques, l'évaluation des résultats et le suivi clinique. « Elle ne remplace pas le modèle conceptuel (Virginia Henderson) et n'est pas une théorie » (Potter et al., 2016, p. 68). La démarche de soins offre aux infirmières et aux infirmiers une méthode et un vocabulaire pour évaluer et résoudre les problèmes cliniques (Potter et al., 2016, 2016). « Elle fait appel aux compétences générales et propres à la pensée critique et conduit à préciser le jugement clinique » (*Ibid.*, p. 11).

La formulation du jugement clinique est la finalité d'un processus complexe débutant par l'opérationnalisation d'une démarche de soins, qui constitue la démarche scientifique de résolution de problèmes pour l'infirmière ou l'infirmier, en y associant les composantes de la pensée critique. C'est une réflexion qui débute avec l'évaluation juste de l'état de santé de la cliente ou client, en utilisant des connaissances théoriques et pratiques et des expériences antérieures, aboutissant à une prise de décision.

## 2. LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES

Le processus du transfert des connaissances dans le domaine de l'éducation fait l'objet de nombreuses recherches et écrits. À la suite de la recension de ces écrits, quatre sections sont présentées. Premièrement, la psychologie cognitive dans le

domaine de l'éducation et son influence sur le transfert des connaissances est explicitée. Deuxièmement, différentes définitions du transfert des connaissances sont énoncées. Troisièmement, le mécanisme du transfert des connaissances et la mécanique du transfert des connaissances sont présentés. Finalement, l'importance du transfert dans l'approche par compétences est démontrée.

## 2.1 La psychologie cognitive

La psychologie cognitive étudie les processus mentaux en observant le comportement des individus afin de comprendre comment ils traitent l'information et d'identifier les facteurs qui l'influencent (Fortin et Rousseau, 2015). La perception, la mémorisation, le rappel, la résolution de problèmes et la prise de décision sont les thèmes que la psychologie cognitive étudie. Les cognitivistes considèrent que l'étudiante ou l'étudiant est « un sujet actif et constructif qui acquiert, intègre et réutilise des connaissances. Ces connaissances se construisent graduellement » (Tardif, 1992, p. 2). La psychologie cognitive analyse les conditions propices qui donnent davantage de possibilités de « provoquer et de faciliter l'acquisition, l'intégration et la réutilisation de connaissances chez l'apprenant » (*Ibid.*, p. 2).

Tardif (1992) s'est attardé à la psychologie cognitive dans le domaine de l'éducation. Il énumère les principes de l'approche cognitive en apprentissage :

1. L'apprentissage est un processus actif et constructif et l'apprenant y joue un rôle primordial dans son apprentissage;
2. Les connaissances acquises antérieurement ont un rôle fondamental dans l'apprentissage et les connaissances sont cumulatives. Lorsque vient le temps d'acquérir et d'intégrer de nouvelles connaissances, les connaissances antérieures que l'étudiante ou l'étudiant a stockées dans sa mémoire à long terme, détermineront « non seulement ce qu'il peut apprendre, mais aussi ce qu'il apprendra effectivement et la façon dont les nouvelles connaissances seront apprises » (Tardif 1992a, p. 3). Tardif (1992), ajoute que l'apprentissage est un processus cumulatif c'est-à-dire que

les nouvelles connaissances s'associent aux connaissances antérieures soit pour confirmer, ajouter ou nier;

3. L'apprentissage signifiant est étroitement lié à la représentation et à l'organisation des connaissances;
4. L'apprentissage est l'acquisition d'un répertoire de connaissances et de stratégies cognitives et métacognitives. De plus, comme « la métacognition joue un rôle très important dans l'acquisition des connaissances » (Tardif, 1992, p. 5) des stratégies métacognitives et cognitives se doivent d'être enseignées aux étudiantes et étudiants. On définit la métacognition comme ce qui :

permet de prendre conscience du cheminement de sa propre pensée vers l'abstraction. Elle permet de distinguer ce que l'on sait et ce que l'on a besoin de connaître, et donc d'agir de façon plus réfléchie. Elle tend également à développer la prise de conscience de l'attitude, de la disposition d'esprit nécessaire pour apprendre». (Barth, 2004, p. 279)

5. L'approche cognitive reconnaît qu'il existe trois catégories de connaissances : déclaratives, procédurales et conditionnelles.

Tardif (1992) fait référence à ces trois catégories de connaissances. Les connaissances déclaratives correspondent à des connaissances théoriques (Tardif, 1992). On peut parler des savoirs. Les connaissances procédurales « correspondent au comment de l'action, aux étapes pour réaliser une action, à la procédure permettant la réalisation de l'action » (*Ibid.*, p. 50). On peut parler du savoir-faire. Pour développer ces connaissances, l'élève doit être placé dans un contexte de réalisation de tâches réelles (Tardif, 1992) et l'enseignante ou l'enseignant joue alors davantage un rôle de médiatrice ou médiateur. Il fournit des « rétroactions à la fois sur les stratégies utilisées pour effectuer l'activité, sur les étapes de réalisation et leur exactitude, sur le produit obtenu, et sur la vitesse d'exécution » (*Ibid.*, p. 51). Les connaissances conditionnelles « se réfèrent aux conditions de l'action. Elles concernent le quand et le pourquoi » (*Ibid.*, p. 52). Elles sont responsables du transfert des apprentissages et créent l'expertise tant chez l'apprenant que chez le professionnel (Tardif, 1992).

Somme toute, ces principes de la psychologie cognitive fournissent un cadre pour l'enseignante ou l'enseignant. Le tableau 2 illustre l'influence de la psychologie cognitive sur l'enseignement et l'apprentissage. Au tableau 2, nous retrouvons les stratégies et définitions découlant de l'influence de la psychologie cognitive sur l'enseignement et l'apprentissage.

Tableau 2

## Influence de la psychologie cognitive sur l'enseignement et l'apprentissage

Conception de l'enseignement	Création d'un environnement à partir des connaissances antérieures de l'élève Création d'un environnement axé sur les stratégies cognitives et métacognitives Création d'un environnement axé sur l'organisation des connaissances Création d'un environnement de tâches complètes et complexes Création d'un environnement coercitif
Conception de l'apprentissage	L'apprentissage se fait par construction graduelle des connaissances L'apprentissage se fait par la mise en relation des connaissances antérieures et des nouvelles informations L'apprentissage exige l'organisation des connaissances par le sujet L'apprentissage s'effectue à partir de tâches globales
Conception du rôle de l'enseignant	L'enseignant intervient fréquemment L'enseignant est un entraîneur L'enseignant est un médiateur entre les connaissances et l'élève
Conception de l'évaluation	L'évaluation est fréquente L'évaluation concerne les connaissances ainsi que les stratégies cognitives et métacognitives L'évaluation est souvent formative, parfois sommative La rétroaction est axée sur les stratégies utilisées La rétroaction est axée sur la construction du savoir
Conception de l'apprenant	L'apprenant est actif L'apprenant est constructif L'apprenant a une motivation en partie déterminée par la perception de la valeur de la tâche et du contrôle qu'il peut avoir sur sa réussite.

Tardif, J. (1992). *L'apprentissage cognitif*. Printemps de l'éducation. Occe de la Dôme. Document téléaccessible à l'adresse < <http://www.ac-grenoble.fr/occe26/printemps/tardif/cognitif.htm#1> >

## 2.2 Des définitions du transfert des connaissances

Nous privilégions, dans le contexte de cette recherche, des définitions du transfert des connaissances appliquées au domaine de l'éducation. Ainsi, les définitions de Tardif, (1992, 1999), Meirieu (1996), Perrenoud (1997) et Le Boterf (2008) sont présentées dans cette section.

Tardif (1992, 1999) a écrit de nombreux articles et livres traitant du transfert des connaissances. Il propose plusieurs définitions de ce transfert. « Le transfert peut se produire d'un apprentissage à un autre et d'une connaissance à une situation de résolution de problèmes ou de réalisation d'une tâche » (Tardif, 1992, p. 276.). Il avance avec Meirieu (1996) que le transfert des connaissances est « une forme de recontextualisation, une sorte de «transport» de la connaissance en question d'une situation A à une situation B et, idéalement à N +1 situations » (p. 2). Dans son livre intitulé : *Le transfert des apprentissages*, Tardif (1999), ajoute que le transfert des connaissances est un « mécanisme cognitif qui consiste à utiliser dans une tâche cible une connaissance construite ou une compétence développée dans une tâche source » (Tardif, 1999, p. 58). Le Boterf (2008), quant à lui, définit le transfert comme tel : « consiste à recontextualiser un apprentissage effectué dans un contexte antérieur particulier » (p. 75). Il explicite également la notion de transfert du point de vue enseignant. D'après lui, pour une enseignante ou un enseignant, savoir transférer c'est « vouloir et savoir rendre transférables dans de nouveaux contextes, des apprentissages acquis dans des situations particulières » (Le Boterf, 2008, p. 76). Selon Perrenoud (1997), le transfert est décrit comme la « capacité d'un sujet de réinvestir ses acquis cognitifs- au sens large- dans de nouvelles situations » (p. 5).

## 2.3 La mécanique du transfert des connaissances

Tardif (1996, 1999) aborde et différencie le mécanisme du transfert de connaissances et la mécanique du transfert des connaissances.



Le mécanisme de transfert de connaissances est une recontextualisation des connaissances d'une situation à une autre, ce qui sollicite la mémoire. (Tardif et Meirieu, 1996). Afin de maximiser l'accès aux connaissances dans la mémoire, ces connaissances doivent avoir été décontextualisées et avoir été mises en relation avec d'autres connaissances. (Tardif et Meirieu, 1996). Dans le but d'opérationnaliser le transfert des connaissances, Tardif et Meirieu (1996) suggèrent de contextualiser une connaissance afin de lui « accorder plus de signification et, en conséquence, plus de «stabilité» cognitive » (p. 2). L'apprentissage par situations concrètes est ainsi valorisé. Par la suite, l'étape de recontextualisation de la connaissance est importante. Il s'agit de l'appliquer dans d'autres situations avec des exemples variés et des contextes différents ou situations authentiques. (Tardif et Meirieu, 1996). Finalement, on procède à la décontextualisation des connaissances c'est-à-dire qu'« on isole la connaissance de son contexte initial et des situations de recontextualisation » (*Ibid.*, p. 3). Dans le but de construire de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences, la décontextualisation est incontournable (Tardif, 1999).

En ce qui a trait à la mécanique du transfert des connaissances, Presseau et Frenay (2004) s'appuient de Tardif (1999) pour l'explicitier : « la mécanique du transfert s'appuie sur la mise en branle de sept processus cognitifs différents. » (p. 165). Le tableau 3 dresse les processus de la mécanique du transfert des connaissances.

Tableau 3

## Mécanique du transfert des connaissances de Tardif (1999)

Processus cognitifs
1-Encodage des apprentissages de la tâche source
2-Représentation de la tâche cible
3-L'accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme
4-Mise en correspondance cible et des éléments de la tâche et de la tâche source
5-Adaptation des éléments non correspondants
6-Évaluation de la validité de la mise en correspondance
7-Génération de nouveaux apprentissages

Au premier processus nommé encodage des apprentissages de la tâche source, l'étudiante ou l'étudiant « doit être conscient que les connaissances qu'il est sur le point de construire et les compétences qu'il va développer sous peu lui serviront lors de futures situations de transfert, donc lorsqu'il sera confronté à la tâche cible » (Presseau et Frenay, 2004, p. 165). Ultérieurement, les étudiantes et les étudiants seront soumis à un problème nécessitant l'application des processus suivants pour le résoudre. Premièrement, ils doivent définir quels aspects sont à « prendre en considération pour résoudre la situation donnée » (*Ibid.*, p. 165) dans le processus appelé : la représentation de la tâche cible. Ils doivent, entre autres, déterminer les buts, les contraintes, distinguer les informations essentielles des superflus et s'établir un plan provisoire. Ce processus est souvent escamoté car les étudiantes et les étudiants « ont l'habitude de se précipiter sur la réponse sans accorder une grande importance à la représentation de la tâche » (*Ibid.*, p. 166). Par la suite, les étudiantes et les étudiants doivent atteindre le troisième processus appelé : l'accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme. Pour être en mesure de faire un transfert entre la tâche source et la tâche cible, les étudiantes et les étudiants doivent activer leurs connaissances et compétences antérieures. Ils cherchent dans leur mémoire les connaissances ou compétences qui leur seront utiles ou ont « recours à des moyens, tels les schémas et notes personnelles » (*Ibid.*, p. 166) pour réactiver leur mémoire. Vient ensuite le processus de la mise en correspondance des éléments de la tâche cible et de la tâche source. Les étudiantes et les étudiants doivent établir « les relations de similarité et de différence entre les deux tâches » (*Ibid.*, p. 167). Au cinquième processus, les étudiantes et les étudiants procèdent à l'adaptation des éléments non correspondants. Le but étant de « réduire au maximum les différences perçues » (*Ibid.*, p. 167). Ils doivent « faire l'effort de ne conserver que les éléments similaires entre les deux tâches en vue de réaliser un transfert entre elles » (*Ibid.*, p. 167). C'est au moment du sixième processus, l'évaluation de la validité de la mise en correspondance, que les étudiantes et les étudiants vont « prendre une décision en tenant compte de tous les éléments importants » (*Ibid.*, p. 168). Finalement, « à la suite du transfert effectué, l'apprenant retire de nouveaux apprentissages, car il a réussi à « recontextualiser des

connaissances ou des compétences initiales dans un nouveau contexte » (*Ibid.*, p. 168). Ce septième et dernier processus est appelé la génération de nouveaux apprentissages. Pour effectuer de nouveaux apprentissages à ce niveau, les étudiantes et les étudiants doivent être conscients des « nouveaux outils cognitifs » (*Ibid.*, p. 168) réalisés pour résoudre leur problème.

Pour que les étudiantes et les étudiants mettent en branle ces processus, ils doivent les maîtriser. Cependant, ils ne les développent pas spontanément (Presseau et Frenay, 2004). L'enseignante ou l'enseignant doit favoriser des stratégies pédagogiques pour favoriser l'application de ces processus et doit s'assurer de soutenir les étudiantes et les étudiants. L'apport de l'enseignante ou de l'enseignant occupe une place importante dans le transfert des connaissances. Il y joue un rôle de médiation en assurant « le passage de l'élève de la dépendance à la pratique guidée, de la pratique guidée à l'indépendance dans l'apprentissage » (Tardif 1992b, p. 309). De plus, cette médiation contribue au développement de stratégies cognitives et métacognitives de l'élève (Tardif, 1992).

## **2.4 L'importance du transfert dans l'approche par compétences**

Perrenoud (2001) définit l'approche par compétences comme « une tentative de moderniser le curriculum, de l'infléchir, de prendre en compte, outre les savoirs, la capacité de les transférer et les mobiliser » (p. 1). Pour former les étudiantes ou étudiants avec l'approche par compétences, l'enseignante ou l'enseignant doit changer sa façon de « faire la classe » (Perrenoud, 1997, p. 69). « L'enjeu est de faire apprendre plutôt que d'enseigner » (*Ibid.*, p. 69). La pédagogie doit être modifiée et des stratégies d'apprentissage authentiques sont à privilégier, ceci dans le but de faire atteindre la compétence en provoquant le transfert des connaissances. L'enseignante ou l'enseignant pense souvent à tort que ce qui a été enseigné et maîtrisé par l'étudiante ou l'étudiant dans un contexte particulier sera facilement transféré dans une autre situation (Tardif, 1992). Au contraire, le transfert n'est possible que lorsqu' « [...] un élève perçoit les relations de similitude entre diverses situations, dans la mesure où il

peut décontextualiser ses apprentissages. Il appartient à l'enseignant de décontextualiser les apprentissages qu'il veut que l'élève fasse et transfère » (*Ibid.*, p. 273-274).

Dans l'approche par compétence, l'enseignante ou l'enseignant doit avoir un rôle de facilitateur que Tardif (1992) nomme médiateur. La compétence peut être acquise si les étudiantes et les étudiants ont été soumis à plusieurs applications dans des contextes différents. Ils doivent être placés dans des situations le plus authentiques et complexes possibles en vue de leur faire atteindre la compétence (Perrenoud, 1997). Ils doivent négocier avec leurs connaissances et les données de la situation pour démontrer l'atteinte de la compétence. L'atteinte des compétences nécessite donc un transfert des connaissances.

### 3. LE DÉBREFFAGE

Le débriefage est fréquemment utilisé dans un contexte de simulation avec des mannequins à haute-fidélité. C'est pourquoi dans les ouvrages recensés (Simoneau et Paquette, (2014), Deschênes (2015), Brunet (2016), Renou (2012), Simoneau et Pilote (2017) ainsi que Brunet et Lavertu (2017), l'avantage de l'utilisation du débriefage avec la simulation est mis de l'avant. Dans le cadre de cette recherche, et afin de répondre à son objectif qui est d'expérimenter le débriefage en stage, le débriefage en tant qu'outil pédagogique sera explicité et ce, sans tenir compte des liens avec les activités de simulation. Cependant, étant donné qu'aucune recherche recensée à ce jour ne fait part de résultats d'expérimentation du débriefage en stage, nous partons de recherches du débriefage avec un contexte de simulation afin de bâtir ce cadre de référence. Dans la section suivante, des définitions, les buts et les objectifs ainsi que la structure du débriefage sont abordés. Par la suite, des approches pédagogiques pour réaliser le débriefage sont présentées.

### 3.1 Définition du débriefage

L'Office québécois de la langue française (2016), définit le débriefage comme

un entretien qui suit immédiatement une action concertée ou une mission achevée, au cours duquel les exécutants rendent compte brièvement de son déroulement, afin d'en faire le bilan, de déterminer les suites à donner ou de proposer d'éventuelles améliorations aux opérations futures.

Il privilégie le terme débriefage au terme débriefing. Renou (2012) parle « d'un processus d'apprentissage réflexif intentionnel où enseignants et étudiants réexaminent ensemble la situation clinique en favorisant le développement du raisonnement clinique et les capacités de jugement de l'apprenant » (p. 10). Il doit être conçu pour faire en sorte qu'il y ait possibilité de renforcer et de transférer les connaissances (Renou, 2012). Le débriefage permettrait le développement de la métacognition, car il y a prise de conscience des exigences, nécessite des connaissances et sollicite des stratégies cognitives pour la réaliser (Renou, 2012). Brunet et Lavertu (2017) indiquent que le débriefage met « l'accent sur l'observation réflexive (réflexion) et le raisonnement (conceptualisation abstraite) » (p. 4). Ils ajoutent que le débriefage vient « mettre en lumière les processus invisibles souvent antérieurs à l'action ou à la décision de l'étudiant » (*Ibid.*, p. 6). Chiniara (2013) définit le débriefage comme « un processus actif de la part des étudiants, une activité de rétroaction de groupe et un terrain favorable à la « génération » des apprentissages » (p. 22).

### 3.2 Buts et objectifs du débriefage

Chiniara (2013), responsable du centre APPRENTISS de l'Université Laval, cible trois buts au débriefage : « corriger les fautes de l'étudiant, favoriser l'auto-évaluation et l'introspection et corriger les cadres (schémas) de pensée ». Brunet et Lavertu (2017) retiennent également ces buts dans leur ouvrage. Renou (2012) précise que le but du débriefage est « d'obtenir un bénéfice à long terme pour les apprenants » (p. 11). Elle identifie quatre objectifs au débriefage :

identification des différentes perceptions et attitudes qui se sont produites, lier l'exercice à la théorie ou les informations spécifiques et la construction des compétences techniques, le développement d'un socle commun d'expériences, la possibilité de recevoir des commentaires sur la nature de son implication, son comportement et la prise de décision ». (p. 11)

Rudolph *et al.* (2008) ajoutent que le débriefage a pour objectif d'aider les participantes et les participants à comprendre, analyser et synthétiser ce qu'ils ont pensé et fait lors de la simulation pour améliorer les performances futures dans des situations similaires.

### 3.3 Pratique du débriefage

Brunet et Lavertu (2017) insistent sur le fait qu'une simulation doit être précédée d'une introduction appelée prébriefage. Le prébriefage consiste, dans les situations de simulation, à une visite des lieux de simulation et à un enseignement ou une révision des notions pour s'assurer que les étudiantes et étudiants aient les connaissances antérieures pour participer à la situation. Suite à la simulation ou à la situation de soins, vient le débriefage. Le débriefage consiste en une forme de rétroaction effectuée suite à une expérience concrète vécue par l'étudiante ou l'étudiant. Pour être efficace, il doit être opérationnalisé selon certains critères. Renail (2012) cite Salas (2008), qui a identifié les douze bonnes pratiques du débriefage :

1. Les débriefings doivent avoir un intérêt diagnostique (forces et faiblesses des participants);
2. Ils doivent être réalisés dans un environnement facilitant l'apprentissage;
3. Les formateurs et participants doivent privilégier les discussions sur le travail d'équipe;
4. Les leaders doivent être formés à l'art et la science du débriefing;
5. Les membres participants doivent se sentir à l'aise durant les débriefings;
6. Le débriefing doit être focalisé sur quelques points critiques;

7. Les comportements et interactions d'équipes performantes doivent faire l'objet de descriptions ciblées;
8. Des indicateurs objectifs de performance doivent être utilisés;
9. Les résultats du débriefing doivent être fournis secondairement;
10. Le débriefing doit être réalisé à la fois sur le plan individuel et au plan de l'équipe au moment le plus approprié;
11. Le débriefing doit avoir lieu dès que possible après la séance;
12. Les conclusions et les buts du débriefing doivent être enregistrés pour faciliter les débriefings ultérieurs.

Chiniara (2013) définit les notions de rétroactions effectuées dans le débrefage. Il recommande des techniques de rétroaction afin d'obtenir un renforcement positif. La rétroaction doit

être basée sur l'observation, effectuée dans un climat respectueux, avec une approche sans critique, axée sur des points spécifiques, avec juste assez de rétroaction, en se concentrant sur les actes, basée sur des objectifs, à la recherche des pensées et des émotions et avec des suggestions pour l'amélioration. (p. 6)

Brunet et Lavertu (2017) affirment que la rétroaction est essentielle « afin que l'étudiant puisse analyser sa performance et amorcer un processus réflexif par rapport à celle-ci » (p. 6). Ils ajoutent que la rétroaction est « un outil efficace pour mettre en lumière plusieurs éléments qui ne peuvent être observés à l'œil nu » (*Ibid.*, p. 6). Le débrefage permet de valider les processus invisibles antérieurs à l'action ou à la décision des étudiantes et des étudiants (Brunet et Lavertu, 2017).

Le responsable du débrefage est appelé un débrefeur. Pour Chiniara (2013) il ne s'agit pas un professeur, mais d'un facilitateur. Simoneau et Paquette (2014) abondent également dans ce sens et en dégagent les avantages :

quand le facilitateur réussit à susciter un fort degré de participation, il en résulte une meilleure rétention de l'enseignement et un apprentissage plus profond, ainsi qu'une plus grande probabilité que les connaissances, les

compétences et les attitudes nouvelles ou approfondies soient transférées au milieu clinique. (p. 31)

Toujours selon Simoneau et Paquette (2014), le responsable du débriefage a plusieurs rôles.

Il peut aider à améliorer une mauvaise performance ou à enrichir une bonne prestation en critiquant (critique constructive) et examinant les interventions des participants. Alternativement, il peut explorer les « schémas cognitifs » (*frames*) des participants qui ont motivé leurs interventions. Presque toutes les actions complexes sont motivées sur la base de schémas cognitifs. Une séance de débriefing pourra ainsi porter sur les schémas cognitifs, sur les interventions, ou sur l'un et l'autre de ces aspects. (p. 31)

Tout comme Chiniara (2013), Simoneau et Paquette (2014) soulignent que le débriefeur (facilitateur) a un rôle majeur dans le débriefage :

Les commentaires exprimés par le facilitateur sur la performance réalisée sont un aspect crucial du débriefing. Pour être efficace, le facilitateur doit être ni trop sévère et négatif, ni trop complaisant. Il doit fournir des commentaires respectueux, mais francs, et examiner les facteurs inhérents de la performance. La plupart des débriefings ont pour but d'éliminer les lacunes de la performance, mais ils servent aussi à examiner les raisons d'une bonne performance, telles que le processus de pensée ou les interventions qui ont permis à un participant ou à une équipe de participants d'être efficaces. (p. 32)

Renou (2012) utilise le terme formateur pour parler du débriefeur. Elle explicite son rôle dans le transfert des apprentissages.

Le formateur utilise des techniques de modélisation, c'est-à-dire qu'il démontre le processus de résolution de problèmes en rendant explicite le processus de pensée. Il doit rendre le rationnel conscient et explicite pour développer des connaissances conditionnelles, par exemple quand et pourquoi utiliser certaines stratégies. La conscience réflexive a un rôle central dans les processus métacognitifs. (p. 10)

Le débriefage doit être structuré et planifié avec les éléments à aborder qui sont directement liés à la compétence que « l'on souhaite développer et évaluer » (Brunet et Lavertu, 2017, p. 15) chez les étudiantes ou les étudiants. Brunet et Lavertu



(2017) suggèrent de se référer aux compétences ainsi qu'aux critères de performance du cours ou du stage que l'on retrouve dans le devis ministériel.

### **3.4 Méthodes pédagogiques pour réaliser le débriefage**

Il existe diverses méthodes pédagogiques pour faire le débriefage. Ces méthodes « servent à structurer le débriefage et le rendre plus efficace » (Brunet et Lavertu, 2017, p. 7). Deux méthodes, qui peuvent s'appliquer en stage, sont présentées dans cette recherche : le modèle PEARL (promouvoir l'excellence et l'apprentissage réflexif en simulation) et la méthode RAS (rassembler, analyser et synthétiser).

#### *3.4.1 Modèle afin de promouvoir l'excellence et l'apprentissage réflexif en simulation (PEARL)*

Eppich et Cheng (2015) ont élaboré le modèle PEARL qui est constitué de quatre phases : la phase réactive, la phase descriptive, la phase d'analyse et la synthèse. La première phase est la phase réactive qui permet à l'étudiante ou à l'étudiant d'exprimer ses émotions suite à l'expérimentation. Le facilitateur pose des questions ouvertes, de préférence, et centrées sur le vécu (Brunet et Lavertu, 2017). Cette phase permet également de « créer une ambiance propice à l'apprentissage et assure la sécurité psychologique des étudiants » (*Ibid.*, p. 8). La deuxième phase, qui est la phase descriptive, « consiste à s'assurer que l'étudiant comprend bien la situation clinique et ce qui était attendu de lui » (*Ibid.*, p. 9). Afin de porter un jugement éclairé et de pouvoir être capable de transférer ses connaissances dans une situation similaire ultérieure, l'étudiante ou l'étudiant doit avoir compris ces éléments (Brunet et Lavertu, 2017). La troisième phase, la phase d'analyse, est la principale phase du débriefage, car elle permet d'explicitier ce qui a guidé les décisions et actions de l'étudiante ou l'étudiant. Le facilitateur utilise les éléments de la compétence et les habiletés que l'étudiante ou l'étudiant doit démontrer pour animer cette phase (Brunet et Lavertu, 2017). Il amène l'étudiante ou l'étudiant à parler du processus décisionnel utilisé et l'amène à identifier les changements à mettre en place au besoin. Le facilitateur procède ainsi pour chacun

des éléments (Brunet et Lavertu, 2017). Finalement, la phase synthèse « consiste à effectuer un retour sur la simulation et ce qui était attendu de l'étudiant » (*Ibid.*, p. 9). Le facilitateur soulève les éléments les plus difficiles pour l'étudiante ou l'étudiant et aborde des moyens pour éviter ces mêmes erreurs. Les étudiantes et les étudiants doivent faire le bilan de leur performance et cette phase comprend une rétraction par les pairs (Brunet et Lavertu, 2017). Le modèle PEARL permet de développer la prise de décision clinique, l'amélioration des compétences techniques, la formation en équipe et la collaboration interprofessionnelle (Eppich et Cheng, 2015).

### 3.4.2 Méthode RAS (*rassembler, analyser et synthétiser*)

Brunet et Lavertu (2017) ont traduit le nom de la méthode GAS (Gather, analyse, summarize), utilisée comme stratégie de débriefage par l'American Heart Association en le nommant le RAS (rassembler, analyser et synthétiser). Cette méthode permet un débriefage structuré et aide le facilitateur. Elle a été « validée par plusieurs études et son efficacité est reconnue » (*Ibid.*, p. 11). La méthode RAS est composée de trois étapes découlant du modèle PEARL (Brunet et Lavertu, 2017). La première étape inclut les deux premières phases du modèle de PEARL. Il s'agit de rassembler les informations sur le déroulement de la situation (Brunet et Lavertu, 2017), de faire ventiler les émotions de l'étudiante ou de l'étudiant et de valider sa compréhension. La deuxième étape « consiste à analyser la performance globale de l'étudiante ou étudiant » (*Ibid.*, p. 12). Permet une prise de conscience de la part de l'étudiante ou l'étudiant des « processus mentaux qui l'ont amené à poser différentes actions » (*Ibid.*, p. 12). Ceci est fait dans le but de rendre « explicite son processus décisionnel et analytique » (*Ibid.*, p. 12) pour le remettre en question ou le modifier. Afin de faciliter l'opérationnalisation de cette étape et de maximiser la possibilité de transfert des connaissances pour les appliquer dans une situation future, il est suggéré que le facilitateur utilise la contextualisation, la décontextualisation et la recontextualisation de Tardif (1999) auprès des étudiantes ou étudiants. Brunet et Lavertu (2017) en parlent comme une technique en trois étapes et ils l'ont nommée : CoDéRe. Enfin, la troisième

étape consiste à synthétiser les éléments qui ont été traités dans la phase d'analyse. Le facilitateur résume les éléments essentiels de la situation et ce qui était attendu des étudiantes ou étudiants. On insiste sur ce qui devra être fait dans une situation semblable ou les moyens que les étudiantes ou étudiants ont identifiés pour éviter les mêmes erreurs (Brunet et Lavertu, 2017). Le facilitateur demande aux étudiantes ou étudiants d'identifier « deux points forts et deux points à améliorer pour sa pratique ultérieure » (*Ibid.*, p. 12). Une rétroaction par les pairs est complétée par les étudiantes et les étudiants qui ont observé la situation.

#### 4 LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Dans le but de répondre à notre objectif qui est d'expérimenter le débriefage avec des groupes d'étudiantes et d'étudiants de troisième année en Soins infirmiers dans le cadre du stage « *intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement* », nous allons utiliser la méthode RAS, qui semble la plus adaptée à la situation de stage afin de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Nous ciblons trois objectifs spécifiques découlant du cadre de référence :

1. observer la mécanique du transfert de connaissances employée par les étudiantes et les étudiants lors du débriefage;
2. vérifier si le débriefage en stage sollicite les composantes de la pensée critique et la démarche de soins afin de favoriser le jugement clinique infirmier;
3. valider, auprès des étudiantes et des étudiants, leur appréciation de l'activité de débriefage.



## **TROISIÈME CHAPITRE**

### **LA MÉTHODOLOGIE**

Ce chapitre vise la présentation et la justification des choix méthodologiques envisagés pour notre projet d'essai. D'abord, nous présentons l'approche méthodologique et le type d'essai. Nous poursuivons avec la description des participantes et des participants. Ensuite, nous détaillons le déroulement de l'essai. À la quatrième section, nous exposons les méthodes de collecte de données que nous avons utilisées. La cinquième section est, quant à elle, consacrée aux considérations éthiques. Nous décrivons, par la suite, les moyens employés pour assurer la rigueur et la scientificité et, enfin, la démarche pour l'analyse des résultats.

#### **1 L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE**

Dans cette section, nous présentons et justifions la posture épistémologique et le type d'essai de la recherche.

##### **1.1 La posture épistémologique**

Notre essai vise à expérimenter le débrefage en stage afin de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Ainsi, c'est avec un paradigme interprétatif que nous avons choisi de diriger notre essai. Dans ce paradigme, la chercheuse « observe des phénomènes et les interprète dans un contexte particulier » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 29). Ce paradigme nous apparaît comme la posture épistémologique logique à adopter afin de nous permettre de répondre aux objectifs de l'essai. Dans le but d'assurer une cohérence avec cette posture épistémologique, nous privilégions une approche méthodologique qualitative. La recherche qualitative avec un paradigme interprétatif « vise à comprendre les cas et les situations individuelles : l'accent est mis sur la signification fournie par les

différents acteurs » (*Ibid.*, p. 27). Cette approche méthodologique s'applique donc clairement aux objectifs de l'essai.

## **1.2 Le type d'essai**

Afin de répondre aux objectifs de l'essai, la recherche-expérimentation nous apparaît comme le choix approprié comme type d'essai. Selon Paillé (2007), la recherche expérimentation consiste en une mise à l'essai et à une expérimentation d'une stratégie pour ensuite comprendre les conditions de l'expérimentation. Ce choix, en plus de s'inscrire dans le paradigme interprétatif, nous permettra d'assurer une cohérence avec notre approche qualitative. Le devis de recherche-expérimentation, selon Paillé (2007), est constitué de huit étapes méthodologiques. En débutant par le choix des méthodes de collecte de données, le chercheur prépare les outils conceptuels et techniques. Par la suite, après avoir mis en place les conditions de l'expérimentation, celle-ci et la collecte de données sont réalisées. Viennent ensuite l'analyse des données, la mise en forme de la description des résultats et, pour conclure, la critique de l'expérimentation et des recommandations (Paillé, 2007).

## **2 LES PARTICIPANTES ET LES PARTICIPANTS**

Dans cette section, nous expliquons les choix méthodologiques liés à la population, l'échantillonnage, le recrutement et les limites de la recherche.

### **2.1 La population**

Puisque nous souhaitons expérimenter le débriefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier, nous avons désigné la clientèle étudiante en Soins infirmiers de niveau collégial comme population cible. Celle-ci désigne le groupe pour lequel on souhaite généraliser les résultats (Fortin et Gagnon, 2016). En tenant compte des contraintes de temps, de la constitution des groupes de stage déjà formés et du caractère qualitatif de notre recherche, nous devons établir une population accessible

pour notre projet. Elle désigne « la portion de la population cible pour laquelle le chercheur peut avoir un accès raisonnable » (*Ibid.*, p. 261). Elle fut constituée des étudiantes et étudiants inscrits en Soins infirmiers du Cégep de Thetford.

## 2.2 Échantillonnage

Le choix de l'échantillon est fait en fonction des contraintes et des capacités d'accès de la population à étudier (Fortin et Gagnon, 2016). Étant données les intentions de la chercheuse de s'impliquer directement dans l'expérimentation du débriefage, l'expérimentation a dû se faire à l'intérieur d'un groupe de stage prévu à la tâche enseignante de celle-ci. Par conséquent, nous avons dû expérimenter le débriefage lors du stage qui se situe à la cinquième session, réalisé en centre d'hébergement de soins de longue durée et répondant à la compétence 01QM : *intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement*. (Devis ministériel, Gouvernement du Québec 2007). L'échantillonnage fut constitué de deux groupes de stage d'étudiantes ou d'étudiants en troisième année de Soins infirmiers au Cégep de Thetford. Il constitue le « sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude » (*Ibid.*, p. 262). On parle alors de 11 étudiantes ou étudiants pour deux groupes de stage. Dans un essai qualitatif, 11 étudiantes ou étudiants sont suffisants comme échantillonnage. Comme le spécifie Fortin et Gagnon (2016) :

Dans la recherche qualitative, on utilise plutôt un type d'échantillonnage délibéré à partir duquel un nombre de personnes relativement petit est étudié en profondeur dans leur contexte de vie. C'est moins la population qui prévaut que les expériences et les événements rapportés par les participants. (p. 263)

Un échantillonnage non probabiliste de type intentionnel (Fortin et Gagnon, 2016) a été ciblé pour le choix des participants. Cette méthode d'échantillonnage consiste à « sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude » (*Ibid.*, p. 271). Nous avons visé de faire l'expérimentation auprès de groupes de stage d'étudiantes et d'étudiants de troisième année de Soins

infirmiers, qui font le stage intitulé : *intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement*. Les étudiantes et les étudiants de troisième année de Soins infirmiers des groupes appelés « groupe deux » et « groupe trois », qui font le stage intitulé : *intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement*, répondent aux caractéristiques recherchées. Nous n'avons pas eu l'opportunité de sélectionner les étudiantes et les étudiants qui acceptaient de participer à la recherche pour en former un groupe de stage puisque ceux-ci ont été formés de concertation avec toutes les enseignantes et tous les enseignants de troisième et de deuxième année à la fin de la deuxième année des étudiantes et des étudiants, et ce, sans tenir compte de la présente recherche. Nous avons dû, par conséquent, recruter les participantes et les participants dans des groupes déjà formés. La représentativité de l'échantillon fut assurée par le fait que les enseignantes et les enseignants ont le souci de former des groupes de stage équilibrés. Pour des raisons de délai, le groupe de stage appelé « groupe un » a été écarté de la recherche.

### **2.3 Recrutement**

Après avoir envoyé les formulaires d'approbation éthique auprès du Cégep de Thetford (Annexe A) et de l'Université de Sherbrooke (Annexe B) et avoir reçu l'approbation du projet de recherche par le comité d'éthique à la recherche (CER) du Cégep de Thetford (Annexe C), une démarche de recrutement par le biais d'une lettre expliquant « aux participants potentiels le but de l'étude, les objectifs et l'assurance qu'ils recevront le même enseignement en stage s'ils décident de ne pas y participer » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 275) a été entreprise en début de session auprès de deux groupes de stage déjà formés tel qu'expliqué précédemment. Un formulaire de consentement (Annexe D) a été remis aux participantes et participants. Comme la chercheuse accompagne les groupes de stage sélectionnés, nous avons souhaité la participation du groupe en entier, mais advenant le refus de certains étudiantes ou étudiants dans un groupe, nous avons fait le choix d'expérimenter le débriefage auprès



du groupe en entier pour assurer une qualité uniforme d'enseignement en utilisant les méthodes de collecte de données uniquement auprès de la population participante.

## **2.4 Limites**

Un risque de biais d'échantillonnage (Fortin et Gagnon, 2016) pourrait survenir. Rappelons que les enseignantes et les enseignants ont le souci de former des groupes de stage équilibrés, mais une modification de la constitution du groupe telle que l'abandon d'une étudiante ou d'un étudiant durant l'expérimentation pourrait affecter l'échantillonnage. Nous serons très attentives à la composition de l'échantillon afin d'ajuster en conséquence l'analyse des données si cette situation exceptionnelle et hors de notre contrôle devait se présenter.

## **3 LE DÉROULEMENT**

Le déroulement de ce projet de recherche s'est déroulé sur une période de deux ans. La problématique fut rédigée à l'automne 2016 et la méthodologique a débuté en janvier 2017. L'expérimentation s'est déroulée à l'automne 2017. L'analyse et l'interprétation des données ont été réalisées à l'hiver 2018. C'est avec les étapes de déroulement de Paillé (2007) que nous avons construit le déroulement et un échéancier. Un tableau synthétique du déroulement et de l'échéancier est présenté à l'annexe E.

### **3.1 Limites et contraintes anticipées**

Certaines limites et contraintes ont dû être prises en considération lors de l'élaboration du déroulement et de l'échéancier. Tout d'abord, nous avons établi un échéancier en fonction du dégagement d'enseignement qui nous a été accordé. Ce dégagement est échelonné sur une période de deux ans, soit de l'automne 2016 à l'hiver 2018. Expérimenter le débriefage auprès des étudiantes et étudiants afin de favoriser le développement du jugement clinique en Soins infirmiers et de constater son évolution aurait dû se faire idéalement sur plusieurs sessions. Il aurait été intéressant de

poursuivre l'expérimentation à la session d'hiver 2018, mais en tenant compte du dégageant enseignant, l'expérimentation a dû se faire uniquement à l'automne 2017. De plus, considérant les intentions de la chercheuse à s'impliquer directement dans l'expérimentation du débriefage, il apparaît donc que l'expérimentation a dû se faire à l'intérieur des groupes de stages prévus à la tâche enseignante de la chercheuse à l'automne 2017 afin de pouvoir analyser et interpréter les résultats à l'hiver 2018.

#### 4 LES MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES

Dans cette section nous présentons les différentes méthodes de collecte de données et instruments de mesure qui ont été utilisés lors de la recherche. L'observation participante, le groupe de discussion focalisée et le questionnaire ont été employés pour collecter les données.

##### 4.1 Le groupe de discussion focalisée

Le groupe de discussion focalisée « combine à la fois l'entrevue, l'observation participante et l'interaction de groupe » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 322). Cette méthode est couramment utilisée en recherche qualitative (Fortin et Gagnon, 2016). Il « réunit un petit nombre de participants et un modérateur pour discuter d'un sujet en particulier » (*Ibid.*, p. 322). Il apparaît donc justifié d'avoir utilisé cette méthode de collecte de données, car elle répondait bien à l'expérimentation souhaitée dans la recherche. Le débriefage s'est déroulé dans une salle du centre d'hébergement attitrée à la chercheuse et aux groupes de stage. Il est important de mentionner que, pour des raisons de logistique, chaque groupe de stage a été divisé en deux sous-groupes. Le débriefage fut d'une durée approximative d'une heure et réalisé pendant un après-midi de stage pour chaque sous-groupe. Les quatre sous-groupes d'étudiantes et étudiants ont présenté et discuté de situations de soins authentiques et complexes qui se sont déroulées durant la journée. Nous avons adapté la grille de débriefage de Deschênes (2016) et l'avons utilisé comme grille d'entrevue afin d'animer la discussion et « d'examiner en détail leur façon de penser, leurs opinions et leurs réactions vis-à-vis

d'un sujet précis » (*Ibid.*, p. 322). Cette grille, présentée à l'annexe F, a été validée par une enseignante et le directeur d'essai. Avec cette technique d'entrevue, la chercheuse a pu davantage comprendre comment les participantes et les participants « perçoivent un problème, l'analysent et en discutent » (*Ibid.*, p. 322). Les échanges ont été enregistrés de façon à les analyser ultérieurement. Cette méthode a permis de rencontrer le premier objectif spécifique qui était d'observer la mécanique du transfert de connaissances employée par les étudiantes et les étudiants lors de l'utilisation du débrefage. Elle a permis également de répondre à la deuxième partie du deuxième objectif spécifique qui était de vérifier si le débrefage en stage sollicite la démarche de soins afin de favoriser le jugement clinique infirmier.

#### **4.2 L'observation participante**

Lors de l'expérimentation du débrefage en stage avec les groupes d'étudiantes et d'étudiants, nous avons utilisé l'observation participante dans le but de nous imprégner « personnellement dans leur milieu pour comprendre leur fonctionnement, la signification des comportements et les phénomènes d'interaction » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 317). Cette méthode permet de collecter des données sur le sens et la dynamique du groupe. Nous avons conçu une grille d'observation nommée : attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique professionnelle à partir des attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique professionnelle tirée du livre de Potter et al. (2016) qui est présenté à l'annexe G. Cette grille a été validée par une enseignante en Soins infirmiers et par la direction de l'essai. Ayant le rôle d'enseignante du groupe de stage pour lequel elle collecte des données, la chercheuse a un bon contact et une bonne relation de confiance avec les membres du groupe. Afin de limiter les risques de biais de désirabilité sociale nous avons rassemblé les étudiantes et les étudiants en début de chaque débrefage. Nous leur avons expliqué que le débrefage est fait dans une perspective de recherche, qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et que nous cherchons à améliorer l'enseignement et ainsi bonifier leurs apprentissages. Leurs opinions devaient être sincères et non pas dans le but de

nous plaire. Finalement, nous leur avons rappelé que le débriefage n'était pas une évaluation comptabilisée pour le stage.

L'observation participante nous a permis de répondre à la première partie du deuxième objectif spécifique qui était de vérifier si le débriefage en stage sollicite les composantes de la pensée critique afin de favoriser le jugement clinique infirmier.

### 4.3 Le questionnaire

Un questionnaire a été utilisé par la chercheuse dans le but de recueillir « de l'information factuelle sur des événements ou des situations connus, sur des attitudes, des croyances, des connaissances, des impressions et des opinions » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 326). Intitulé : *Appréciation du débriefage*, ce questionnaire, présenté à l'annexe H, a été conçu et validé en décembre 2017 auprès d'une enseignante et du directeur d'essai. Il était composé de 19 questions fermées et trois questions ouvertes. Une échelle de Likert (Fortin et Gagnon, 2016) comprenant quatre catégories a été utilisée afin de recueillir le point de vue des étudiantes et étudiants participants à la recherche. Au terme de l'expérimentation, le questionnaire a été envoyé par MIO<sup>2</sup>, sous forme de sondage, auprès des 11 étudiantes et étudiants participants.

Les étudiantes et les étudiants ont été avisés que le questionnaire était anonyme et qu'ils le retournaient à la chercheuse de façon anonyme. Ainsi, « l'anonymat des réponses rassure les participants et les incite à exprimer leurs opinions librement » (*Ibid.*, p. 332). Ce questionnaire a permis de répondre au dernier objectif spécifique qui était de valider l'appréciation des étudiantes et étudiants face à cette nouvelle méthode utilisée en stage.

En utilisant ces trois méthodes de collecte de données, nous nous sommes assurés d'une triangulation des méthodes de collecte de données, « qui consiste à faire usage de multiples sources de données » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 377).

---

<sup>2</sup> Le portail Omnivox est doté d'une messagerie interne appelée MIO qui permet d'envoyer des messages ou des sondages aux étudiantes et aux étudiants.

## 5 LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le projet de recherche a été soumis et accepté par le Comité éthique de la recherche (CER) du Cégep de Thetford. « Les CER ont pour mandat de contribuer à assurer que toute la recherche qui fait appel à des sujets humains se déroule conformément aux principes éthiques » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 160). De plus, afin de répondre aux exigences éthiques de l'université de Sherbrooke, nous avons complété le formulaire d'évaluation éthique des essais en vue de l'approbation du projet d'essai (Université de Sherbrooke, 2015). L'université de Sherbrooke a accepté le projet d'essai. C'est en s'inspirant des principes directeurs de *l'Énoncé de politique des trois Conseils* (Gouvernement du Canada, 2014) qui sont le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice que nous avons mené notre recherche.

### 5.1 Le consentement

Lors d'une rencontre avec les étudiantes et les étudiants des groupes de stage, nous avons sollicité leur consentement pour participer à la recherche (Fortin et Gagnon, 2016). Après avoir fourni une explication du but et des objectifs de l'essai, nous avons mentionné qu'ils étaient libres de participer ou non à l'expérimentation et nous les avons avisés que s'ils y participaient, ils étaient libres de se retirer à tout moment. Les avantages escomptés de participer à la recherche ont été aussi présentés, car elle contribue à l'avancement des connaissances et constitue un avantage potentiel pour les participantes et des participants (Hobeila, 2011). En procédant de cette façon, nous avons respecté les principes d'un consentement libre, éclairé et continu (Fortin et Gagnon, 2016). Nous nous sommes assurées de faire signer le formulaire de consentement libre et éclairé aux participantes et participants qui se sont portés volontaires. Ce formulaire, qui constitue une entente écrite signée par le chercheur et la participante ou le participant à l'étude, concernant les modalités de sa participation volontaire.

## 5.2 La confidentialité

Comme nous avons opté pour des méthodes de collecte de données telles que le groupe de discussion focalisée et l'observation participante, permettant de recueillir des données personnelles des participantes et participants, cela met le chercheur en contact plus étroit avec les participantes et les participants (Fortin et Gagnon, 2016). Nous avons, par conséquent, établi et respecté des règles pour ne pas porter atteinte au principe de confidentialité.

Pour assurer le caractère confidentiel et anonyme des données, nous avons avisé les participantes et les participants que leurs noms seraient remplacés par des noms fictifs numériques lors de l'analyse et de l'interprétation des données et de la diffusion des résultats. Le questionnaire a été informatisé afin d'être rempli de façon anonyme. Quant aux données recensées, elles seront conservées à deux endroits sécurisés. Premièrement, la chercheuse conservera les données dans un classeur sous clé dont seule celle-ci a la clé. Les données informatisées et enregistrements audio, effectués dans le cadre du groupe de discussion focalisée, seront conservés dans un dossier déposé dans le serveur du Cégep de Thetford pour lequel un accès sécurisé est nécessaire et dont seule la chercheuse connaît le mot de passe. Advenant le départ d'une participante ou un participant, ses données seront immédiatement détruites. Finalement nous nous sommes engagés à ne pas dévoiler l'identité des participantes et des participants lors de la diffusion des résultats et à « garder secrètes les données recueillies durant et après l'étude, et il ne peut les communiquer à quiconque sans l'autorisation du participant » (*Ibid.*, p. 155).

## 6 LES MOYENS POUR ASSURER LA RIGUEUR ET LA SCIENTIFICITÉ

Dans leurs ouvrages, Fortin et Gagnon (2016) et Savoie-Zajc (2011) définissent la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmation comme des critères méthodologiques qui doivent être respectés pour assurer la rigueur et la scientificité de la recherche qualitative. Dans les paragraphes suivants, nous présentons

les moyens et les choix méthodologiques privilégiés pour répondre à ces critères afin d'assurer une rigueur et une scientificité dans cette recherche qualitative interprétative.

Une triangulation de méthodes de collecte de données, « qui consiste à faire usage de multiples sources de données » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 377), permet d'assurer le critère de crédibilité. Ainsi, pour répondre à ce critère, nous avons eu recours à plusieurs modes de collecte de données telles que le groupe de discussion focalisée, l'observation participante et le questionnaire qui ont fourni de multiples sources de données pour permettre la triangulation.

Ces sources multiples permettent de tirer des conclusions valables sur ce qui constitue la réalité à propos d'un phénomène. Si des conclusions comparables sont tirées de chaque méthode, la crédibilité de l'interprétation s'en trouve renforcée. (*Ibid.*, p. 378)

Selon Fortin et Gagnon (2016) : « pour établir la transférabilité, il incombe de fournir une description détaillée du contexte permettant de porter un jugement quant à l'application des résultats dans d'autres contextes » (p. 378). Dans cette optique, nous fournissons une description détaillée du contexte de l'essai ainsi que les caractéristiques de l'échantillon bien décrites et justifiées qui permettent à notre avis d'assurer la transférabilité des résultats.

Le critère de fiabilité porte « sur la cohérence entre les questions posées au début de la recherche, leur évolution et les résultats de la recherche » (Savoie-Zajc, 2011, p. 145). Nous assurons une fiabilité de la recherche en nous assurant de la cohérence entre toutes les étapes de l'essai, et ce, de la problématique à l'interprétation des résultats.

Le critère de confirmabilité est défini par Savoie-Zajc (2011) comme le « processus d'objectivation mis en œuvre pendant et après la recherche » (p. 141). Avec l'utilisation de la grille d'animation du débriefage qui « renvoie à l'objectivité dans les données et leur interprétation » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 378) et la grille d'observation des attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique

professionnelle validées par des experts externes, nous estimons répondre à ce critère de confirmabilité.

## 7 LA DÉMARCHE D'ANALYSE DES RÉSULTATS

Cette section vise à démontrer la démarche d'analyse des données qualitatives prise à la suite de la recension d'un volume considérable d'information brute (Fortin et Gagnon, 2016) provenant des différentes méthodes de collecte de données et des instruments de mesure.

Dans le but de trouver des réponses aux objectifs spécifiques, nous avons utilisé l'analyse de contenu comme technique d'analyse. Cette méthode « consiste à traiter le contenu des données narratives de manière à en découvrir les thèmes saillants et les tendances qui s'en dégagent » (*Ibid.*, p. 364). Nous avons débuté par effectuer une organisation des données provenant des collectes de données. Celle-ci « vise à apporter un sens qui fournira une compréhension ou une explication cohérente du phénomène étudié » (*Ibid.*, p. 359). Pour ce faire, nous avons transcrit les observations prises sur le terrain et pris des notes en écoutant les enregistrements audio des débriefings. Les réponses au questionnaire ont également été prises en considération. Par la suite, nous avons procédé à une révision de ces données pour permettre « graduellement au chercheur de se familiariser avec leur contenu » (*Ibid.*, p. 360). Cette étape nous a permis d'avoir une vue d'ensemble des données et de découvrir des possibilités d'analyse et d'interprétation (Fortin et Gagnon, 2016). Avec l'utilisation de la triangulation des méthodes, nous avons fait ressortir des regroupements de données en établissant un code de couleur. En utilisant ce système de codage, cela nous permet « de classer, d'ordonner, de résumer et de repérer les données pour ensuite procéder à leur analyse proprement dite » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 360). Ce code nous a permis de former des unités d'analyse plus petites pour ensuite les associer à une catégorie (Fortin et Gagnon, 2016). Lorsque tous les regroupements ont été réalisés, nous avons été en mesure de leur trouver un sens et ainsi de donner des



réponses aux objectifs spécifiques. Au prochain chapitre nous retrouvons les méthodes d'analyse détaillées des données obtenues à partir du débriefage et du questionnaire.



## **QUATRIÈME CHAPITRE**

### **LA PRÉSENTATION ET L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

Le quatrième chapitre présente les résultats, l'analyse et l'interprétation des données recueillies à l'aide des trois méthodes de collecte de données utilisées lors de l'expérimentation du débriefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Le débriefage en tant que tel nous a permis d'utiliser deux méthodes de collecte de données, soit le groupe de discussion focalisée et l'observation participante. Un questionnaire constitue la troisième méthode de collecte de données.

Ce chapitre se divise en deux parties. La première partie présente les données recensées à partir du débriefage. La deuxième partie expose les données obtenues suite au questionnaire. Pour chacune de ces parties, une analyse des données et une interprétation de celles-ci sont explicitées.

#### **1 DONNÉES OBTENUES À PARTIR DES DÉBRIEFAGES**

Des débriefages ont permis l'utilisation de deux méthodes de collecte de données soit le groupe de discussion focalisée et l'observation participante. Ces méthodes ont fourni des données afin de répondre au premier objectif qui était d'observer la mécanique du transfert de connaissances employées par les étudiantes et les étudiants lors du débriefage. Ils ont également permis de répondre au deuxième objectif qui était de vérifier si le débriefage en stage sollicite les composantes de la pensée critique et la démarche de soins afin de favoriser le jugement clinique infirmier.

Les débriefages ont été menés du 11 novembre 2017 au 4 décembre 2017 auprès de 11 étudiantes et étudiants divisés en quatre sous-groupes de stage. Chaque sous-groupe d'étudiantes et d'étudiants a participé à une situation de débriefage ayant

pour thème la préparation et l'administration des médicaments. Nous avons tenu ce débriefage durant l'après-midi après nous être assuré que chaque étudiante ou étudiant du sous-groupe ait préparé et administré la médication auprès des 11 résidentes et résidents le matin même ou la veille afin qu'ils puissent participer à la discussion. Ces discussions, qui se sont déroulées lors des quatre débriefages, ont été enregistrées constituant au total 2 h 19 min d'enregistrement audio. La durée de chaque débriefage a varié de 30 à 36 min.

Brunet et Lavertu (2017) mentionnent l'importance de prévoir un prébriefage avant la tenue d'une simulation avec un mannequin haute-fidélité. Ce prébriefage permet de réactiver les connaissances des étudiantes et étudiants et maximise leurs chances de réussite face à la situation qui sera vécue dans la simulation. Malheureusement, en stage, contrairement à une simulation, il est impossible de prévoir toutes les situations de soins auxquelles l'étudiante ou l'étudiant sera soumis. Nous avons donc dû pallier en partie à ce problème et avons créé et déposé, sur la plateforme Moodle<sup>3</sup>, une vidéo détaillée de la procédure de préparation et de l'administration de la médication en stage. Nous avons également demandé aux étudiantes et aux étudiants de compléter un tableau, disponible à l'annexe I, des différents médicaments qu'ils auront à administrer en stage. Ces deux outils devaient obligatoirement être consultés, compris et complétés avant le stage. Une traçabilité de consultation de la plateforme permettait de voir si l'étudiante ou l'étudiant avait visualisé la vidéo. Le document de médication complété était exigé sur le chariot de médicaments pendant la préparation et l'administration de la médication. Nous estimons que ces outils peuvent être considérés comme un prébriefage.

Dans ce qui suit, après avoir présenté la méthode d'analyse, nous exposons les données obtenues à partir du débriefage et de l'observation participante. Ces données sont présentées, analysées et interprétées en suivant le déroulement du débriefage selon la méthode RAS (rassembler, analyser, synthétiser).

---

<sup>3</sup> Moodle est une plateforme d'apprentissage en ligne.

## **1.1 Méthode d'analyse**

Pour nous familiariser avec les données enregistrées, nous avons écouté les enregistrements audio à plusieurs reprises. Ils ont « été maintenus dans leur forme originale » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 360) et avons retranscrit sur un fichier Excel des segments des enregistrements liés à aux thèmes de la recherche. Nous avons identifié à quels moments s'effectuaient les étapes du RAS et nous les avons regroupés. Par la suite, nous avons codé et catégorisé les données. Les catégories suivantes ont été créées : émotions ressenties, situation de transfert, étapes de la mécanique du transfert, attitudes liées à la pensée critique, expérience antérieure, outil facilitant le transfert, transfert réalisé seul et transfert réalisé à l'aide du chercheur. Nous avons surligné des sections de verbatim et en avons déplacé des segments dans des tableaux afin de regrouper des informations pour leur donner un sens (Savoie-Zajc, 2011). Considérant la présence plus importante d'étudiantes que d'étudiants dans les deux groupes, nous optons pour nommer les étudiantes et étudiants seulement au masculin dans la présentation des données afin d'éviter la possibilité d'associer les commentaires à un genre ou à une personne en particulier.

## **1.2 Les données obtenues lors de la première partie du débriefage « Rassembler »**

Dans la première portion du débriefage sous forme RAS, nous cherchions à obtenir des informations sur les émotions vécues par les étudiantes et les étudiants lors de la préparation et l'administration de médicaments. Cette approche permet d'assurer un climat propice pour les étapes suivantes (Brunet, Lavertu, 2017). Une seule question de la grille d'animation du débriefage (Annexe F) était prévue pour réaliser cette portion du débriefage. C'est ainsi que nous avons demandé aux étudiantes et aux étudiants comment ils se sont sentis lors de la préparation et l'administration de la médication des 11 résidentes et résidents.

### *1.2.1 Présentation des données de la grille d'animation du débriefage*

Des 11 étudiantes et étudiants participants, cinq étudiantes et étudiants avaient préparé et administré la médication des 11 résidentes et résidents à une reprise et six en étaient à leur deuxième fois lorsqu'ils ont répondu à la question. La majorité, soit 10 étudiantes et étudiants sur 11, s'entend pour exprimer leur état de stress lors de la préparation et l'administration de la médication. L'étudiant 11 résume bien l'essentiel de leurs réponses : « C'était stressant! ». Pour l'étudiant 9, on parle d'un stress qu'il a ressenti positivement : « Ça bien été ! Je le savais où m'en aller. J'étais stressé mais c'était un stress positif ». Quant à l'étudiant 6, l'unique étudiante ou étudiant qui ne parle pas de stress, il affirme par contre : « Je me suis trouvé un peu lent. Mais, il y a des affaires (sic) que je trouvais que ça allait quand même bien ».

Les étudiantes et les étudiants avancent différentes causes qui expliquent ce stress. Premièrement, la peur de ne pas respecter la contrainte de temps accordée (2 h) versus la quantité importante de médicaments à donner aux résidentes et résidents est soulevée par deux étudiantes ou étudiants. L'étudiant 1 affirme : « Il va falloir que je me dépêche plus demain ». Il ajoute qu'il a, par conséquent, peur de moins bien retenir ou de ne pas voir les évaluations infirmières à faire. D'autres étudiantes et étudiants attribuent leur stress au fait que c'était la première fois qu'ils étaient en stage à cet endroit et qu'ils ne connaissaient pas les résidentes et les résidents. L'étudiant 9 mentionne : « C'était la première fois ici ». L'étudiant 7 ajoute : « C'était des nouvelles aptitudes à apprendre. Différences au début, différent des autres milieux. Mais j'ai aimé ça ». Troisièmement, deux étudiantes ou étudiants soulèvent que ce sont les détails peu connus de la routine et de ne pas connaître les réactions possibles des résidentes et résidents qui ont contribué à augmenter leur stress. Enfin, l'étudiant 6 soulève que malgré le fait qu'il avait une expérience antérieure dans un autre centre, il a éprouvé du stress attribué aux éléments qui différaient : « Je l'ai fait cet été mais c'était différent, ce n'était pas les mêmes médicaments, d'autres nouveaux résidents ».

La majorité des étudiantes et étudiants a affirmé qu'ils ressentait moins de stress lors de la deuxième journée durant laquelle ils préparaient et administraient la médication aux 11 résidentes et résidents. L'étudiant 4 déclare à ce sujet : « Je me suis senti bien pour vrai. J'étais pu (sic) stressé pantoute, ça allait super bien, j'étais en confiance ». L'étudiant 5, de son côté, a vu son stress diminuer graduellement : « Niveau de stress un peu élevé. Mais par la suite ça s'est calmé ».

Plusieurs facteurs favorisant la diminution du stress ont été soulevés. Tout d'abord, l'étudiant 2 soulève l'apport des collègues : « Grâce à mes deux collègues qui sont passées devant moi y (sic) m'ont donné quelques trucs ». De leur côté, les étudiantes ou étudiants 3 et 7 affirment que c'est le fait d'avoir écouté les vidéos déposées sur la plateforme Moodle qui les ont aidés. « La vidéo m'a beaucoup aidé. Je ne maîtrisais pas tout tout (sic) mais ça m'a orienté et diminué mon stress » affirme l'étudiant 7. L'étudiant 3 va dans le même sens : « J'avais écouté encore mes vidéos hier ce qui m'a aidé ». Finalement, trois étudiantes ou étudiants soulèvent que de savoir davantage la routine, de connaître les résidentes et les résidents et de connaître les médicaments, les ont aidés. L'étudiant 3 affirme : « Connaître la routine des patients a aidé, savoir où sont les affaires, ça m'a permis de me préparer d'avance ».

Enfin, les étudiantes ou étudiants 4 et 5 nous livrent ce qu'ils se sont dit intérieurement pour diminuer leur stress : « Je me suis dit : je les connais les médicaments ». « Je me suis dit : c'est ce que je faisais dans ma première partie de stage c'est la même chose, vas-y ».

### *1.2.2 Présentation des données de l'observation participante*

En tant qu'observateur, des données supplémentaires ont été obtenues. Les quatre rencontres se sont déroulées dans un climat calme. Les échanges étaient animés et empreints de respect et ce, entre les étudiantes et étudiants et envers la chercheuse. Les étudiantes et étudiants étaient motivés et enthousiastes de participer au débriefage. Deux groupes se sont souciés que les échanges soient bien enregistrés et des étudiantes

et étudiants ont changé de place autour de la table afin de s'approcher du micro. Enfin, un groupe a demandé de finir son stage plus tard dans la soirée pour avoir la chance de faire le débriefing.

### *1.2.3 Interprétation des résultats*

En considérant ce qui précède, il ressort que les groupes d'étudiantes et d'étudiants étaient stressés lors de la préparation et de l'administration de la médication surtout lorsqu'ils y étaient soumis pour la première fois. La contrainte de ne pas respecter le temps alloué, la nouveauté du département et de la routine des résidentes et des résidents sont les motifs évoqués par la majorité des étudiantes et des étudiants pour expliquer leur stress lors de la première exposition à la situation de soins. On a constaté que l'apport des collègues ayant déjà préparé et administré la médication, une consultation des vidéos explicatifs mis à leur disposition et le fait de connaître les résidentes et les résidents et leur médication a contribué à diminuer significativement leur stress lors des expositions suivantes.

## **1.3 Les données obtenues lors de la deuxième partie du débriefing « Analyser »**

Dans la deuxième portion du débriefing, la tâche consistait « à analyser la performance globale de l'étudiante ou étudiant » (Brunet et Lavertu, 2017, p. 12). Il s'agissait de faire prendre conscience à l'étudiante ou l'étudiant des « processus mentaux qui l'ont amené à poser différentes actions » (*Ibid.*, p. 12). Nous avons posé trois questions de la grille d'animation du débriefing aux étudiantes et étudiants. Ces questions permettaient de répondre au premier objectif d'observer la mécanique du transfert de connaissances employées par les étudiantes et les étudiants lors du débriefing. Elles ont également permis de répondre au deuxième objectif qui était de vérifier si le débriefing en stage sollicitait les composantes de la pensée critique et la démarche de soins afin de favoriser le jugement clinique infirmier.



Dans ce qui suit, nous présentons les données pour chacune des trois questions du débriefage ainsi que les données de l'observation participante vérifiant la présence d'attitudes à partir de la grille d'observation des attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique professionnelle (Annexe G).

### *1.3.1 Présentation des données de la grille d'animation du débriefage*

Premièrement, lorsque nous leur avons demandé s'ils avaient l'impression d'avoir eu toutes les connaissances préalables nécessaires pour faire la tâche demandée, la majorité des 11 étudiantes et des étudiants ont répondu par l'affirmative et ont fait référence aux documents papier qu'ils ont été capables d'aller chercher et consulter afin de bien mener la tâche. L'étudiant 6 ajoute qu'il tenait ses connaissances antérieures de son expérience en tant qu'externe durant l'été dans un centre de longue durée où il a préparé et administré des médicaments. Quant à l'étudiant 10, il déclare qu'il n'avait pas toutes les connaissances. Il donne en exemple deux situations qui lui ont posé problème lors de la préparation des médicaments et où il ne savait pas comment agir. « Moi non, je ne savais pas (quoi faire) dans des situations quand le médicament est tombé par terre ». Enfin l'étudiant 11 mentionne que pour lui « c'était des choses plus ou moins vues dans le passé, les lumières s'allumaient un peu plus lentement ».

Deuxièmement, nous avons questionné les étudiantes et les étudiants sur les hypothèses établies et leurs interventions prévues. Cette étape a dû être réalisée en deux moments distincts. En effet, étant donné que la préparation et l'administration des médicaments ne se faisaient pas dans un contexte de simulation mais auprès d'une clientèle réelle, nous nous sommes assurées que l'étudiante ou l'étudiant avait repéré toutes situations qui méritaient de s'y attarder et nous avons validé ses hypothèses et ses interventions immédiatement avant qu'elle ou il intervienne auprès de la résidente ou du résident. Par la suite, cette étudiante ou cet étudiant avait pour mandat de rapporter la situation auprès des autres étudiantes et étudiants de son groupe lors du débriefage de l'après-midi. Les autres étudiantes et étudiants devaient donc, après avoir

eu la présentation de la situation, établir les hypothèses et les interventions qu'ils auraient effectuées s'ils avaient été soumis à cette même situation. Afin de répondre aux deux premiers objectifs de l'essai, nous nous sommes attardés uniquement aux données obtenues lors du débriefage.

Au moment de la présentation des situations vécues pendant la préparation et l'administration des médicaments, la totalité des 11 étudiantes et étudiants a su identifier les situations pertinentes à présenter aux autres étudiantes et étudiants. Ces présentations ont soulevé d'autres questions et d'autres situations de soins vécues dans la journée. Au total, nous avons répertorié 56 situations de soins qui ont été soulevées et présentées. Nous avons constaté que 3 étudiantes et étudiants sur 11 ont éprouvé de la difficulté à bien décrire leur situation pour se faire comprendre. Plus précisément, il s'agit des étudiantes ou étudiants 2, 7 et 11. Ils contextualisaient peu et ne donnaient pas tous les éléments de la collecte de données, ce qui rendait la situation difficile à cerner pour les autres afin d'établir les hypothèses et les interventions possibles. Nous avons remarqué que ces étudiantes et étudiants avaient initialement éprouvé de la difficulté à cerner la situation, à établir des hypothèses et à intervenir au moment même de la situation, et avaient dû avoir recours à la chercheuse (dans son rôle d'enseignante) pour intervenir. Pendant le débriefage, nous avons donc dû intervenir et aider ces trois étudiantes et étudiants à présenter la situation afin la rendre claire pour tous dans le but de discuter des hypothèses et des interventions. Des échanges ont émergé de la présentation des situations et les étudiantes et étudiants se sont concertés pour établir des hypothèses de solutions afin de planifier des actions pour résoudre le problème. L'établissement des hypothèses semble plus facile pour certains étudiantes et étudiants que pour d'autres. De plus, nous constatons que la majorité des étudiantes et étudiants semble éprouver de la difficulté à élaborer au-delà de deux hypothèses pour trouver une explication ou un plan d'action pour résoudre le problème. Nous avons noté que les étudiantes ou étudiants 2, 7 et 11 qui avaient eu de la difficulté à présenter leurs situations ont également eu de la difficulté à présenter leurs hypothèses pourtant déjà élaborées à l'aide de l'enseignante précédemment. L'étudiant 7, de par ses

commentaires, nous laisse croire qu'il réalise que la prise de la bonne décision est tributaire à l'établissement des hypothèses : « On dirait que ça part des hypothèses ».

Enfin, dans la dernière question de la partie analyse, les étudiantes et étudiants devaient expliquer, à l'aide de leurs hypothèses, les interventions cliniques qu'ils ont dû effectuer ou qu'ils auraient effectuées s'ils avaient été soumis à la situation de soins présentée afin de résoudre le problème. Pour ce faire, la mécanique du transfert des connaissances et la démarche de soins devaient être sollicitées afin d'arriver à une résolution de problèmes et une prise de décision adéquate. Le tableau 4 démontre l'opérationnalisation de la démarche de soins et de la mécanique du transfert des connaissances lors des situations de soins. Sur les 56 situations de soins répertoriées, les étudiantes et étudiants ont réussi à démontrer à 29 reprises avoir opérationnalisé la mécanique du transfert des connaissances et la démarche de soins sur le moment de l'événement et ont exposé leur cheminement aux autres étudiantes et étudiants et à la chercheuse pendant leur débriefage. Pour 21 autres situations de soins, nous relevons que les étudiantes et les étudiants ont été incapables d'opérationnaliser la mécanique seuls et ont été aidés par la chercheuse pour les guider et ainsi faciliter la mécanique du transfert des connaissances, la démarche de soins et la prise de la décision. Enfin, six situations de soins qui ont été discutés en débriefage ont été laissées en suspens sans avoir opérationnalisé la mécanique du transfert. Diverses raisons y sont attribuables, dont la déviation de la discussion sur un autre sujet.

Tableau 4

## Opérationnalisation de la démarche de soins et de la mécanique du transfert des connaissances lors des situations de soins

Opérationnalisation de la démarche de soins et de la mécanique du transfert des connaissances	Nombre de situations de soins
Étudiants et étudiants exécutent seuls la démarche de soins et la mécanique du transfert des connaissances afin de résoudre la situation de soins	29
Étudiantes et étudiants incapables d'opérationnaliser la mécanique seuls et qui ont été aidés par la chercheuse pour les guider et ainsi faciliter la mécanique du transfert, la démarche de soins et la prise de la décision.	21

Pour les 29 situations de soins dont la mécanique de transfert et la démarche de soins ont été correctement opérationnalisées, l'accessibilité aux connaissances antérieures et à la mémoire sont les facteurs aidants exprimés par les étudiantes et les étudiants. L'étudiant 9, qui a de la facilité à opérationnaliser la mécanique du transfert, pense que c'est parce qu'il a « emmagasiné l'info (sic), qu'elle est acquise et non pas de surface. On a plus de place pour du nouveau parce qu'on a de l'ancien (sic) qui reste ». L'étudiant 4, quant à lui, dit qu'il se souvient de ce que les enseignants lui ont déjà dit et le réutilise plus tard. L'expérience antérieure d'une situation et le fait de connaître les résidentes et les résidents sont aussi des éléments, relevés lors des débriefings, qui les ont aidés à la prise de la bonne décision. Les étudiantes ou étudiants 4 et 5 ont démontré être capables d'opérationnaliser la mécanique du transfert et ont été capables d'agir et de prendre des décisions dans la situation d'une chute d'une résidente ou d'un résident. Malgré le fait qu'ils n'avaient pas encore eu l'enseignement théorique au moment des faits, ils ont agi correctement. Ils se justifient du fait qu'ils avaient déjà été exposés à une situation semblable dans leur expérience de travail comme préposés aux bénéficiaires et ils expriment que c'est cela qui les a guidés dans leur prise de décision.

Pour les 21 situations de soins qui ont posé des difficultés aux étudiantes et étudiants, les trois premières étapes de la mécanique du transfert de Tardif (1999) dans Presseau et Frenay (2004) ont été peu ou pas mis en branle. L'accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme constitue l'étape de la mécanique du transfert des connaissances auquel l'ensemble des 11 étudiantes et étudiants éprouve de la difficulté dans ces situations. En effet, ils démontrent dans les échanges qu'ils ont de la difficulté à « aller chercher dans [leur] mémoire à long terme les connaissances et les compétences qui pourraient leur être utiles à la résolution du problème » (*Ibid.*, p. 166). De plus, lors des discussions, nous remarquons que la majorité des étudiantes et étudiants éprouvant cette difficulté n'a pas recours à des outils afin de raviver leur mémoire tels que faire une recherche dans un livre de référence, ou consulter leurs schémas ou notes personnelles, pour se rappeler l'information. Ils tentent plutôt, chacun de leur côté, de fournir des brides d'explications ou des définitions tirées de leur mémoire, et cela cause des incompréhensions et des quiproquos qui les confondent encore plus. Une difficulté d'interpréter le vocabulaire scientifique déjà appris antérieurement est aussi constatée. Par exemple, dans une situation de soins, les étudiantes et étudiants ont éprouvé de la difficulté à se prononcer sur l'évolution d'une pathologie, car ils n'ont pas n'ont pas été en mesure de tenir compte et de définir le mot « bénin » dans leur collecte de données. Pour les étudiantes ou étudiants 2, 7, 10 et 11, nous remarquons que parfois c'est l'encodage de la tâche source et/ou la représentation de la tâche cible qui les empêchent de cheminer vers une résolution de problèmes.

Des difficultés ont été aussi remarquées lorsque les étudiantes et les étudiants ont été exposés à une situation pour la première fois. L'étudiant 10 en parle comme des « choses pas vues ou pas trop entendu parler dans le passé ». L'étudiant 7 a été incapable d'intervenir face à une résidente ou un résident qui avait des antécédents d'angine qui présentait de la faiblesse et des nausées. Il a été incapable de faire une collecte de données complète. Il ne savait pas quoi chercher, car cela ne lui était jamais arrivé.

En lien avec la démarche de résolution de problèmes enseignée, nommée démarche de soins, nous percevons que la majorité des 11 étudiantes et étudiants l'emploie en partie ou en totalité mais qu'ils ont peu conscience de l'utiliser. Certains éprouvent de la difficulté à nommer les étapes de celle-ci. Ce sont la collecte de données et l'analyse qui posent problème. Régulièrement, nous constatons, durant les échanges lors du débriefage, que les étudiantes et étudiants exposent des collectes de données incomplètes ce qui a une influence sur les autres étapes de la démarche et sur l'élaboration d'hypothèses, le choix de l'intervention et la prise de décision. L'étape de l'évaluation des interventions est, quant à elle, souvent escamotée.

### *1.3.2 Présentation des données de l'observation participante*

En tant qu'observatrice, nous nous sommes attardées à relever la présence d'attitudes à partir de la grille d'observation des attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique professionnelle pendant les débriefages. Postérieurement, nous avons tenu compte du contenu des enregistrements audio afin de parachever la grille d'attitudes. La grille permettait de noter la présence ou l'absence d'attitudes liées à la pensée critique lorsque l'étudiante ou l'étudiant discutait pendant le débriefage de situations nécessitant la mise en branle de la démarche de soins et de la mécanique du transfert des connaissances afin d'être résolues. Les attitudes liées à la pensée critique, établies par le chercheur Paul (1993), cité par Potter et al. (2016), sont essentielles à l'exercice de la pensée critique et elles jouent un rôle décisif dans la prise de décision (Potter et al., 2016). En situation de stage et de débriefage, la composante attitude est facilement observable. La présence d'une ou des attitudes liées à la pensée critique a été répertoriée lors de 23 situations de soins discutées lors des débriefages. Des attitudes liées à la pensée critique ont été relevées dès le début de la prise de connaissance de la situation dans 21 des 29 situations de soins où la démarche de soins et de la mécanique du transfert des connaissances ont été opérationnalisées sans aide. Aucune attitude liée à la pensée critique n'a été démontrée par les étudiantes et les étudiants dans les 21 autres situations de soins qui ont nécessité l'aide de la chercheuse

afin d'opérationnaliser la mécanique du transfert et la démarche de soins. Le tableau 5 démontre la corrélation entre l'opérationnalisation de la démarche de soins et la mécanique du transfert des connaissances lors des situations de soins et les attitudes liées à la pensée critique.

Tableau 5

Corrélation entre l'opérationnalisation de la démarche de soins et la mécanique du transfert des connaissances lors des situations de soins et les attitudes liées à la pensée critique

Opérationnalisation de la démarche de soins et de la mécanique du transfert des connaissances	Nombre de situations de soins	Nombre de situations de soins avec présence ou absence d'attitudes
Étudiants et étudiants exécutent seuls la démarche de soins et la mécanique du transfert des connaissances afin de résoudre la situation de soins	29	Attitudes observées : 21
		Attitudes non observées : 8
Étudiantes et étudiants incapables d'opérationnaliser la mécanique seuls et qui ont dû être aidés par la chercheuse pour les guider et ainsi faciliter la mécanique du transfert, la démarche de soins et la prise de la décision.	21	Attitudes observées : 0
		Attitudes non observées : 21

La curiosité est l'attitude qui est la plus souvent démontrée (sept fois). Viennent ensuite l'autonomie (cinq fois) et la prudence (cinq fois). Les attitudes de confiance, de responsabilité, de persévérance et de discipline ont été manifestées chacune deux fois. Les situations de soins n'ont pas permis de constater des attitudes d'impartialité et d'intégrité auprès des étudiantes et des étudiants. Nous notons que c'est particulièrement l'absence de prudence et de curiosité qui a fait en sorte que la mécanique du transfert des connaissances n'a pas pu être opérationnalisée dans plusieurs situations.

Il est opportun de préciser que nous avons constaté que les étudiantes et étudiants qui ont de la difficulté à élaborer des hypothèses et à opérationnaliser la mécanique du transfert pour prendre une décision avec un jugement clinique infirmier

semblent avoir de la difficulté à comprendre toutes les discussions tenues dans cette partie du débriefage.

Par ailleurs, nous notons tout au long des échanges une coconstruction des savoirs entre les étudiantes et étudiants. Ils s'encouragent entre eux et s'enseignent mutuellement en s'assurant que tout le groupe ait compris. La majorité des étudiantes et étudiants reconnaît après coup le manque d'organisation, leur difficulté à avoir accès à leurs connaissances antérieures pour prendre des bonnes décisions et leur incapacité à considérer plusieurs hypothèses.

### *1.3.3 Interprétation des résultats*

Les résultats obtenus lors du débriefage nous ont permis de répondre à deux objectifs de la recherche qui étaient d'observer la mécanique du transfert de connaissances employées par les étudiantes et les étudiants lors de l'utilisation de la méthode RAS et de vérifier si le débriefage en stage sollicitait les composantes de la pensée critique et la démarche de soins afin de favoriser le jugement clinique infirmier.

Les situations présentées lors du débriefage ont permis d'observer l'opérationnalisation de la mécanique du transfert des connaissances. En effet, les étudiantes et les étudiants devaient nécessairement y avoir recours pour résoudre les situations. Fort de constater que les étudiantes et les étudiants n'y ont pas toujours été en mesure de l'utiliser adéquatement pour résoudre une situation de soins. Certains facteurs comme l'accessibilité aux connaissances antérieures, la mémoire et les expériences antérieures ont facilité l'opérationnalisation de la mécanique du transfert. Lors des situations difficiles à résoudre, nous avons remarqué que la majorité des étudiantes et étudiants ont trébuché à un moment ou un autre dans les trois premières phases de la mécanique du transfert des connaissances. Les discussions du débriefage ont permis de les accompagner dans l'opérationnalisation du processus dans le but de les rendre conscients de l'application de la mécanique et de maximiser les chances de la réutiliser lors d'une exposition éventuelle. Nous estimons que le débriefage effectué



en stage a favorisé le développement des connaissances et le transfert de celles-ci. Rappelons que Chiniara (2013) définit le débriefage comme « un processus actif de la part des étudiants, une activité de rétroaction de groupe et un terrain favorable à la « génération » des apprentissages » (p. 22) et nous estimons avoir répondu à cette définition.

L'application de la mécanique du transfert n'était pas la seule démarche que l'étudiante ou l'étudiant devait utiliser afin de résoudre un problème. En effet, la démarche de soins est le processus de résolution de problèmes qui doit être utilisé par les infirmières et les infirmiers. Ainsi, nous croyons que ces deux processus sont intimement reliés et que la mécanique du transfert est nécessaire et préalable à l'exécution de la démarche de soins. Le tableau 6 illustre ces constatations.

Tableau 6

Impact de la mécanique du transfert sur les étapes initiales de la démarche de soins

Mécanique du transfert (processus cognitifs) Tardif (1999)	Étapes de la démarche
1-Encodage des apprentissages de la tâche source	
2-Représentation de la tâche cible	1-Collecte des données
3-Accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme	2-Analyse des données
4-Mise en correspondance cible et des éléments de la tâche et de la tâche source	3-Planification des interventions
5-Adaptation des éléments non correspondants	
6-Évaluation de la validité de la mise en correspondance	4-Intervention
7-Génération de nouveaux apprentissages	5-Évaluation

L'encodage des apprentissages de la tâche source s'effectue dans les cours théoriques et est nécessaire pour initier la démarche de soins. La représentation de la tâche cible, l'accessibilité aux connaissances et aux compétences en mémoire à long terme, la mise en correspondance cible et des éléments de la tâche et de la tâche source et l'adaptation des éléments non correspondants sont des étapes de la mécanique indispensables afin de bien cerner la collecte de données, analyser ces données et

planifier les interventions. L'évaluation de la validité de la mise en correspondance s'effectue au moment de l'intervention auprès de la résidente ou du résident. Enfin, la génération de nouveaux apprentissages favorise l'utilisation de ceux-ci lors d'une exposition à une prochaine situation de soins. Elle permet de potentialiser la richesse de la collecte de données, l'analyse, la planification et de maximiser les chances de faire la bonne intervention et une bonne évaluation des interventions.

En somme, nous croyons qu'il est juste d'avancer que le débriefage en stage a permis d'observer la mécanique du transfert de connaissances employée par les étudiantes et les étudiants, de l'appliquer lors de situations difficiles et de favoriser son utilisation lors des prochaines expositions aux situations de soins.

Tel que mentionné dans le cadre de référence, la formulation du jugement clinique est la finalité d'un processus complexe débutant par l'opérationnalisation de la démarche de soins, laquelle constitue la démarche scientifique de résolution de problèmes pour l'infirmière ou l'infirmier, en y associant les composantes de la pensée critique.

Les résultats obtenus suite au débriefage nous permettent de croire que la démarche de soins est souvent utilisée inconsciemment par les étudiantes et étudiants. Ils se souviennent peu ou pas des étapes de celle-ci. Des étapes sont souvent escamotées ou oubliées. La majorité des étudiantes et des étudiants ont de la difficulté à élaborer plus d'une hypothèse. Cette dernière constatation est comparable à celle de Duchesne, Lachaine et Provost (2013) qui affirment, dans leur recherche, avoir observé que les étudiantes et les étudiants envisageaient seulement une hypothèse et qu'ils la considéraient comme la solution retenue.

Le débriefage a permis de renforcer l'application consciente de la démarche de soins lors de la présentation de plusieurs situations. Les échanges lors des débriefages nous permettent de croire qu'il y a une corrélation entre la richesse de la collecte de données et l'élaboration d'hypothèses. En effet, plus la collecte des données est élaborée et complète plus les hypothèses sont précises. Nous savons que les

habiletés de jugement se développent à partir de l'émission d'hypothèses fondées sur l'exercice d'une analyse réflexive (Tanner, 2006). Au terme des débriefages, nous remarquons que la majorité des étudiantes et des étudiants avaient plus de facilité à élaborer plus d'une hypothèse. Avec ce constat, il serait donc juste de croire que le débriefage aurait permis de renforcer l'élaboration d'hypothèses et, par le fait même, les habiletés de jugement des étudiantes et étudiants.

À ce sujet, rappelons que les composantes de la pensée critique, qui mènent au jugement clinique infirmier, sont les connaissances spécialisées en soins infirmiers, l'expérience en soins infirmiers, les normes liées à la pensée critique, les attitudes liées à la pensée critique et les compétences de la pensée critique. Il est important de mentionner que les connaissances et l'expérience sont également des éléments faisant partie de la mécanique du transfert des connaissances. Dans de cette recherche, nous nous sommes attardés aux connaissances, à l'expérience, aux attitudes et aux compétences. Dans ce qui suit, nous interprétons les données pour chacune de ses composantes. En ce qui a trait aux compétences, nous précisons que leurs données ont été interprétées dans les paragraphes précédents.

Les connaissances spécialisées en soins des étudiantes et étudiants ont été appelées à être sollicitées lors du débriefage. Nous avons constaté que les étudiantes et les étudiants ont de la difficulté à avoir accès à leur mémoire pour retrouver les informations déjà enseignées en classe. Ces connaissances sont importantes, car en plus de mener au jugement clinique infirmier, elles sont également à la base de la mécanique du transfert des connaissances. Nous avons observé que le débriefage a permis aux étudiantes et aux étudiants de partager et de renforcer leurs connaissances ce qui peut favoriser un transfert des connaissances. En effet, les propos indiquent qu'il y aura probablement un transfert des connaissances qu'ils seront exposés ultérieurement à des situations semblables. À notre avis, les débriefages, expérimentés en stage, ont permis des apprentissages nouveaux et corroborent bien au propos de Deschênes (2015). « La réflexion effectuée pendant les périodes de débriefing stimule aussi des apprentissages

nouveaux et permet de mettre en lumière la qualité des soins attendus dans de telles situations » (p. 29).

L'expérience antérieure acquise par les étudiantes et étudiants qui ont effectué un travail d'externat ou de préposée aux bénéficiaires est un élément qui a été soulevé par quelques-uns d'entre eux comme un facteur facilitant pour effectuer la mécanique du transfert des connaissances. Par contre, selon les résultats obtenus, nous constatons que celle-ci n'est pas garante d'une pensée critique adéquate. Les étudiantes et étudiants qui possèdent cette expérience n'ont pas systématiquement démontré davantage de pensée critique que ceux qui n'en avaient aucune. L'expérience antérieure à elle seule ne semblerait donc pas suffisante pour adopter une pensée critique mais semble jouer parfois un rôle dans la mécanique du transfert des connaissances.

Des attitudes liées à la pensée critique ont été démontrées au cours des débriefages. Parmi les situations de soins discutées en débriefage auxquels le processus de la mécanique du transfert des connaissances a été efficacement réalisé, une attitude liée à la pensée critique a pratiquement toujours été relevée immédiatement avant cette mécanique de transfert. Pour les situations de soins non opérationnalisés seuls, aucune attitude n'a été répertoriée. Compte tenu de ces considérations, nous estimons que parmi les situations vues en débriefage, les attitudes liées à la pensée critique ont été essentielles à l'opérationnalisation de la démarche de soins et nécessaires à la mécanique du transfert des connaissances. En effet, quand les attitudes n'étaient pas sollicitées, le processus de la mécanique du transfert n'a pas été mis en branle.

En partant du fait que les discussions lors du débriefage ont permis de faire ressortir les bonnes attitudes liées à la pensée critique qui auraient dû être adoptées dans diverses situations de soins présentées, on peut penser que les étudiantes et les étudiants vont les solliciter et pourront y avoir recours lors des prochaines situations de soins auxquelles ils seront soumis. Potter et al (2016) expliquent que les attitudes sont intimement liées à l'expérience de travail et se développent au fil des expériences vécues. Nous croyons que les situations vues dans le débriefage peuvent être

considérées comme une forme d'expérience de travail pour les étudiantes et les étudiants ce qui pourrait faire en sorte de favoriser le développement de leurs attitudes liées à la pensée critique.

En somme, nous estimons juste de penser que le débriefage réalisé en stage a permis de solliciter les composantes de la pensée critique et la démarche de soins afin de favoriser le jugement clinique infirmier.

#### **1.4 Les données obtenues lors de la troisième partie du débriefage « Synthétiser »**

Dans la troisième partie, nous avons résumé les éléments essentiels de la situation et fait ressortir les apprentissages acquis par les situations de soins. Par la suite, les étudiantes et étudiants étaient invités à faire une introspection et à mentionner leurs points forts et leurs points qu'ils auraient avantage à améliorer lors de la prochaine fois où ils prépareront et administreront la médication.

##### *1.4.1 Présentation des données de la grille d'animation du débriefage*

Malheureusement, cette étape a été réalisée rapidement car nous avons dû tenir compte de la contrainte du temps. En effet, la journée de stage se terminait au même moment. Nous retrouvons au tableau 7 les diverses réponses qui ont été recensées lorsque nous leur avons demandé d'identifier deux points forts et deux points à améliorer pour la prochaine fois.

Tableau 7

## Identification des points forts et points à améliorer suite aux discussions

Points forts	Points à améliorer
Augmentation de l'autonomie	La vitesse de préparation et d'administration de la médication
Augmentation de la confiance	L'organisation du travail
Avoir fait preuve de vigilance	
Avoir eu de l'initiative	
Beau travail d'équipe	
Beaux contacts avec les résidentes et les résidents	

Les principaux points positifs qui ont été soulevés ont trait aux attitudes liées à la pensée critique. Les étudiantes et étudiants en parlaient avec fierté. Les points à améliorer qui sont revenus le plus souvent concernent la vitesse de préparation et d'administration de la médication et l'organisation du travail. Plusieurs souhaitent augmenter leur vitesse et désiraient se faire un plan afin d'être mieux organisés pour la prochaine fois.

#### 1.4.2 Interprétation des résultats

Il serait juste de penser que le débriefage a permis d'exercer des attitudes liées à la pensée critique puisque nous retrouvons dans les points positifs soulevés par les étudiantes et les étudiants des données répondant majoritairement aux attitudes liées à la pensée critique.

## 2 DONNÉES OBTENUES À PARTIR DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire, présenté à l'annexe H, est la troisième méthode de collecte de données qui a été utilisée. Cette méthode a permis de fournir des données pour répondre au dernier objectif qui était de valider, auprès des étudiantes et des étudiants, leur appréciation de l'activité de débriefage.

Composé de 19 questions fermées et de trois questions ouvertes, il est présenté en quatre sections distinctes : appréciation du moment et du lieu; appréciation de l'outil débrefage et validation de sa pertinence, appréciation du débrefeur et, pour terminer, les questions ouvertes. La totalité des 11 étudiantes et étudiants participant à la recherche a répondu et retourné le questionnaire à la chercheuse via Omnivox. Afin de préserver l'anonymat de ceux-ci, chaque bulletin de participation était numéroté. Il pouvait être imprimé mais il ne comprenait pas l'identité des étudiantes et des étudiants.

Après une présentation de la méthode d'analyse des données, nous exposons, en tenant compte des sections établies dans le questionnaire, les données obtenues suite aux questions posées aux étudiantes et aux étudiants. Une interprétation des résultats vient à la suite de cette présentation des données.

## **2.1 Méthode d'analyse**

Deux modes d'analyse ont été effectués selon les données obtenues pour les questions fermées et les questions ouvertes. Pour les réponses fermées de l'échelle de Likert, un score global a été calculé pour chaque répondant. Également, afin de comparer et d'analyser les résultats, chaque choix de réponses a été associé à un nombre afin de les placer dans un fichier Excel vis-à-vis chaque question. Ce classement a permis d'élaborer, traiter, d'analyser et de croiser certaines données dans le but de les interpréter. (Blanc, Lacelle, Perreault, Corno, et Roy, 2015). Quant aux questions ouvertes, nous avons traité « le contenu des données narratives de manière à en découvrir les thèmes saillants » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 364). Nous avons codé les informations et les avons reliés à des catégories dans le but de les regrouper.

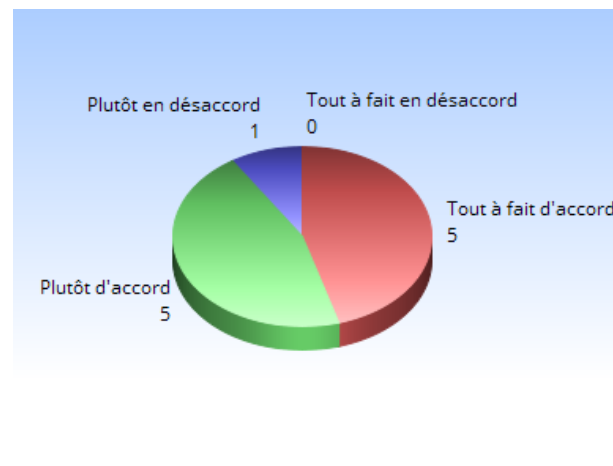
## **2.2 Appréciation du moment et du lieu**

Dans cette première section, nous avons posé trois questions aux étudiantes et aux étudiants. À la première question, nous leur avons demandé si le temps accordé au débrefage était suffisant. Les résultats sont présentés au tableau 8. La majorité des 11

étudiantes et étudiants a répondu « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » alors qu'une étudiante ou un étudiant a répondu « plutôt en désaccord ». Elle ou il justifie son opinion en indiquant : « Nous n'avons souvent pas assez de temps pour le débriefage et nous devons le faire un peu vite ».

Tableau 8

Temps suffisant accordé au débriefage



À la deuxième question, 10 étudiantes et étudiants sont « tout à fait d'accord » et une étudiante ou un étudiant « plutôt d'accord » pour dire que l'après-midi était un bon moment de la journée pour effectuer le débriefage. Enfin, à la troisième question, la totalité des 11 étudiantes et étudiants est « tout à fait d'accord » avec l'affirmation que la salle utilisée était convenable pour la réalisation de l'activité.

### 2.3 Appréciation de l'outil débriefage et validation de sa pertinence

Dans cette deuxième partie, les étudiantes et étudiants avaient à répondre à 12 questions ayant pour objets de valider leur perception face à la pertinence du débriefage, face à la pertinence des situations utilisées lors du débriefage et, enfin, connaître leur appréciation de l'outil pédagogique. Une présentation des données accompagnée de tableaux explicatifs est présentée dans les prochains paragraphes. Les données de trois questions ne répondant pas à ces concepts sont présentées à la suite.



La perception des étudiantes et des étudiants face à la pertinence du débriefage réalisé en stage est positive comme nous pouvons le constater au tableau 9. Ils se sont tous prononcés « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » pour affirmer que le débriefage les a aidés à transférer leurs connaissances et leur a fait faire des liens significatifs entre la théorie et le stage. Ce sont 10 étudiantes et étudiants sur 11 qui ont affirmé être « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » sur le fait que le débriefage leur a permis de faire des liens significatifs qu'ils n'auraient pas pu effectuer autrement. Une étudiante ou un étudiant est, de son côté, « plutôt en désaccord » avec cette affirmation. Aucun commentaire n'a été rédigé par cette étudiante ou cet étudiant pour expliquer son opinion.

Tableau 9

Perception des étudiantes et étudiants face à la pertinence du débriefage réalisé en stage

Questions	Nombre d'étudiantes et d'étudiants ayant répondu			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Le débriefage m'a aidé à transférer les connaissances déjà vues dans les cours du programme.	8	3	0	0
Le débriefage m'a permis d'effectuer des liens significatifs (qui donnent un sens) entre chaque concept vu en classe et les situations authentiques de stage.	9	2	0	0
Le débriefage m'a permis d'effectuer des liens significatifs que je n'aurais pu effectuer autrement.	7	3	1	0

La majorité des 11 étudiantes et étudiants jugent que les situations présentées dans les débriefages étaient pertinentes et utiles. La présentation de ces résultats se retrouve au tableau 10. De ce fait, des 11 étudiantes et étudiants, sept affirment être « tout à fait d'accord » et quatre sont « plutôt d'accord » pour dire que les situations les ont aidés à exercer leur jugement clinique infirmier. Nous colligeons qu'une forte

majorité exprime que les situations de débriefage ayant pour thèmes la préparation et l'administration des médicaments ainsi que le chef d'équipe furent utiles et pertinentes pour leur stage. Parmi les 11 étudiantes et étudiants, huit ont confirmé être « tout à fait d'accord » et deux « plutôt d'accord » avec le fait que les situations vues lors du débriefage leur ont permis d'ajuster leurs actions lors des journées de stages suivantes. En revanche, une étudiante ou un étudiant est « plutôt en désaccord » avec cette affirmation. Signalons à ce propos qu'il s'agit de la même étudiante ou ce même étudiant qui affirmait précédemment être « plutôt en désaccord » avec le fait que le débriefage lui avait permis d'effectuer des liens significatifs qu'il n'aurait pu effectuer autrement. Aucun commentaire n'est toutefois inscrit afin de justifier sa réponse.

Tableau 10

Perception des étudiantes et étudiants face à la pertinence des situations utilisées lors du débriefage réalisé en stage

Questions	Nombre d'étudiantes et d'étudiants ayant répondu			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Les situations choisies pour les séances de débriefage m'ont aidé à exercer mon jugement clinique infirmier	7	4	0	0
La situation de débriefage portant sur le chef d'équipe était une thématique pertinente et utile pour mes stages.	9	2	0	0
La situation de débriefage portant sur la distribution des médicaments était une thématique pertinente et utile pour mes stages	8	3	0	0
Les situations vues lors du débriefage m'ont permis d'ajuster mes actions lors des journées de stages suivantes.	8	2	1	0

L'outil pédagogique de débriefage fut apprécié par la totalité des étudiantes et étudiants tel qu'illustré au tableau 11. En effet, neuf sont « tout à fait d'accord » pour

dire qu'ils ont aimé participer au débriefage et deux sont « plutôt d'accord » avec cette déclaration. Ils affirment qu'ils étaient motivés à y participer pour la totalité des étudiantes et étudiants.

Tableau 11

## Appréciation de l'outil débriefage réalisé en stage

Questions	Nombre d'étudiantes et d'étudiants ayant répondu			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
J'ai aimé participer aux séances de débriefage.	9	2	0	0
Ma motivation à participer aux débriefages était importante	8	3	0	0

Dans un autre ordre d'idée, nous avons demandé aux étudiantes et aux étudiants une question qui avait pour but de vérifier s'ils avaient l'intention d'utiliser la méthode de résolution de problèmes, nommée démarche de soins, lors de leur prochain stage. Parmi les 11 étudiantes et étudiants, sept sont « tout à fait d'accord » et quatre sont « plutôt d'accord » sur le fait qu'ils songent à l'utiliser.

Enfin, une question invitait les étudiantes et les étudiants à donner leur opinion à savoir si la pratique du débriefage dès la première année du programme Soins infirmiers aiderait les étudiantes et les étudiants à mieux utiliser leurs connaissances théoriques dans un contexte de stage. Suite à la compilation des données, il ressort que c'est l'unique question, pour cette partie, dont la totalité des 11 étudiantes et étudiants affirme être « tout à fait d'accord ».

Nous tenons à souligner que la question suivante : « J'ai eu de la difficulté à participer au débriefage car j'avais accès difficilement aux connaissances que j'avais apprises antérieurement » a dû être écartée aux fins d'analyse des données. De par sa formulation à la négative, certaines étudiantes et étudiants ont pu avoir mal compris la question et y avoir mal répondu. En effet, nous avons constaté que certaines étudiantes et étudiants qui avaient tendance à répondre « tout à fait d'accord » et « plutôt

d'accord » pour l'ensemble de leurs réponses ont également coché ces choix qui, par le fait même, contredisaient donc l'ensemble de leurs réponses et de leurs commentaires. Pour ces raisons, et afin de ne pas établir d'interprétations erronées, nous n'allons pas tenir compte des résultats de cette question.

## **2.4 Appréciation du débrefeur**

Dans cette troisième partie, les étudiantes et les étudiants devaient se prononcer sur leur appréciation du débrefeur. Nous avons dû employer le terme « enseignante » au lieu de « débrefeur » ou « chercheuse » lors de la formulation des questions afin d'assurer une compréhension de la part des étudiantes et des étudiants. Les résultats sont exposés au tableau 12.

Des 11 étudiantes et étudiants, huit signalent qu'ils sont « tout à fait d'accord » quand on leur demande si l'enseignante a dirigé de manière adéquate le débrefage et trois sont « plutôt d'accord ». Ils avancent être « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » avec le fait que l'enseignante ait favorisé les interactions et échanges entre eux. Les données, en étant tout de même positives, expriment un plus grand nombre d'étudiantes et d'étudiants « plutôt en accord » avec le fait qu'ils se sentaient à l'aise de parler lors du débrefage. Enfin, à la question de la compétence de l'enseignante, huit étudiantes ou étudiants ont répondu être « tout à fait d'accord » et trois « plutôt d'accord » avec cette déclaration.

Tableau 12  
Appréciation du débrefeur

Questions	Nombre d'étudiantes et d'étudiants ayant répondu			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
L'enseignante a dirigé de manière adéquate le débrefage.	8	3	0	0
L'enseignante a favorisé les interactions et les échanges entre les étudiants.	9	2	0	0
L'enseignante était compétente.	8	3	0	0
Je me sentais à l'aise de parler lors du débrefage.	7	4	0	0

## 2.5 Points forts et points faibles du débrefage

Dans cette dernière partie, les étudiantes et étudiants étaient invités à émettre leurs commentaires en soulevant les points forts et les points faibles du débrefage. Un espace était prévu afin de rédiger des commentaires supplémentaires si nécessaire. Les commentaires sont énoncés au tableau 13.

Tout d'abord, la totalité des étudiantes et étudiants a indiqué des points positifs au débrefage. Certains commentaires se recoupent. En effet, cinq étudiantes ou étudiants ont mentionné que le débrefage leur a permis de faire des liens et deux étudiantes ou étudiants ont rédigé des commentaires indiquant que le débrefage les a aidés à exercer un jugement clinique infirmier.

Par la suite, huit étudiantes ou étudiants ont énoncé des points négatifs. De ces huit étudiantes et étudiants, cinq d'entre eux s'accordent pour dire qu'il n'y avait pas assez de temps accordé en stage pour le débrefage. Deux étudiantes ou étudiants expriment qu'ils auraient aimé avoir l'occasion de faire du débrefage à partir de la première année de leur cheminement scolaire. Une étudiante ou un étudiant mentionne

que le fait de devoir se souvenir de la théorie pour participer au débriefage était un point négatif.

Tableau 13

Commentaires des étudiantes et étudiants quant aux points forts et points à améliorer

Points forts	Points faibles
Tout le monde participe	Il n'y en a pas
Moment, schémas visuels, laisse réfléchir pour aller au but.	Souvent pas le temps de le faire (pendant les autres journées de stage)
Aide à exercer un bon jugement clinique. Diminue le stress face à l'entrée sur le marché du travail. Permet de voir différentes façons de penser. Permet de voir dans l'ensemble une situation.	J'aurais bien aimé en avoir depuis la première année... Cela aurait beaucoup aidé même si nous ne sommes pas capables de faire tous les liens... au moins cela permet de garder la théorie fraîche dans notre mémoire.
Permet une rétroaction sur la journée de stage et sur les nouveaux apprentissages.	Nous n'avions souvent pas assez de temps pour le débriefage et devons le faire un peu vite
Faire plus de liens. Se voit davantage dans la peau de l'infirmière. Capable de faire un plan de soins bien structuré. Connaître le rôle d'un chef d'équipe	Aucun
Bref et clair	Aucun
Les liens qu'on fait. La recherche des infos au besoin. La lecture de dossier pour bien comprendre (concret). Échanger avec les autres étudiants.	Aucun, mais j'aurais aimé avoir cette méthode de fonctionner dès la première session du programme.
Permet d'aider à retrouver de l'information déjà apprise. Aide à donner une structure dans notre recherche.	Il n'était pas assez long pour qu'on ait le temps de faire le tour de la matière en profondeur concernant le sujet.
Permet de faire plus de liens entre la théorie et les situations qu'on rencontre en stage. Encourage l'utilisation de la démarche de soins pour mieux résoudre des situations en stage.	Nécessité de se souvenir de sa théorie pour être plus effectif durant la séance de débriefage.
Le retour sur les situations cliniques pour activer le jugement clinique. Permet de voir une perception différente de la journée pour chacun. L'enseignante pose les bonnes questions pour faire réfléchir	Le manque de temps parfois.
Permet de faire des liens	Nous n'avons pas nécessairement assez de temps pour chercher l'information

Finalement, huit étudiantes ou étudiants ont rédigé des commentaires supplémentaires. De ceux-ci, cinq étudiantes ou étudiants ont révélé qu'ils ont adoré le

débriefage, tel que le témoigne cet extrait : « J'ai adoré les périodes de débriefage ». Une étudiante ou un étudiant justifie pourquoi : « C'était une très belle expérience, j'ai beaucoup apprécié le débriefage, cela m'a aidé à diminuer mon stress et de faire des liens à mes connaissances antérieures et immédiates ». Pour deux étudiantes ou étudiants, ils signalent qu'il serait souhaitable de voir cette activité dès la première année : « Le débriefage serait une excellente activité à faire dès la première année. Je crois que ça aiderait beaucoup à l'apprentissage ». Enfin une étudiante ou un étudiant exprime : « Est une bonne activité qui favorise l'interaction et le partage des connaissances ».

## **2.6 Interprétation des résultats**

Les résultats obtenus à partir du questionnaire nous permettent de répondre au dernier objectif spécifique de la recherche qui était de valider, auprès des étudiantes et des étudiants, leur appréciation de l'activité de débriefage. En effet, les étudiantes et les étudiants nous laissent croire dans leurs réponses avoir, en général, apprécié l'activité du débriefage que ce soit l'appréciation du moment et du lieu, l'appréciation de l'outil débriefage ainsi que sa pertinence et l'appréciation du débrieur. De plus, la richesse de leurs commentaires fait en sorte qu'ils ont soulevé des constatations et des interrogations qui rejoignent celles de la chercheuse. En effet, certains ont su identifier le débriefage comme un outil utile pour augmenter leur jugement clinique infirmier. D'autres ont mentionné qu'il les a aidés à faire des liens ce qui nous laisse croire qu'il pourrait laisser des traces de transfert des connaissances pour la prochaine fois. Nous retrouvons des allusions au stress dans les réponses du questionnaire. Certains étudiantes et étudiants expriment que le fait d'avoir pratiqué le débriefage les aidera à diminuer leur stress. Enfin, certains se questionnent sur la pertinence et l'impact positif de l'utilisation du débriefage plus tôt dans le cheminement. Avec ces commentaires nous pouvons affirmer que nous avons été en mesure de bien mener le débriefage répondant aux bonnes pratiques de Renou (2012).

En somme, ces résultats corroborent ceux obtenus suite au débriefage. Ils nous permettent de croire que l'expérimentation du débriefage a permis de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier.



## CONCLUSION

Cette recherche avait comme objectif général d'expérimenter le débriefage en stage afin de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier.

Les concepts du jugement clinique infirmier, du transfert des connaissances et du débriefage ont fait l'objet d'une recension des écrits. Trois objectifs spécifiques ont découlé de cette recension : 1<sup>o</sup> observer la mécanique du transfert des connaissances employées par les étudiantes et les étudiants lors de l'utilisation de la méthode RAS (rassembler, analyser et synthétiser); 2<sup>o</sup> vérifier si le débriefage en stage sollicite les composantes de la pensée critique et la démarche de soins afin de favoriser le jugement clinique infirmier; et 3<sup>o</sup> valider, auprès des étudiantes et des étudiants, leur appréciation de l'activité de débriefage.

Afin de répondre à nos objectifs spécifiques, nous avons opté pour une recherche interprétative qualitative, de type expérimentation (Paillé, 2007). L'expérimentation fut menée à l'automne 2017, auprès de deux groupes d'étudiantes et d'étudiants en troisième année du programme Soins infirmiers au Cégep de Thetford qui effectuaient le stage « *intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement* ». C'est avec trois méthodes de collecte de données que nous avons mené l'expérimentation. Un groupe de discussion focalisée a été formé lors du débriefage et a été dirigé l'aide de la grille d'animation du débriefage présentée à l'annexe F. Cette grille a permis de réaliser la méthode de débriefage RAS. L'observation participante, réalisée durant le stage, a permis de compléter une grille d'observation faisant ressortir les attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique professionnelle présentée à l'annexe G. Le questionnaire, disponible à l'annexe H, a permis de valider auprès des étudiantes et des étudiants l'appréciation de l'activité.

Les résultats obtenus ont été analysés et interprétés et ont permis de répondre aux objectifs spécifiques. L'accessibilité aux connaissances antérieures, la mémoire et les expériences antérieures sont des facteurs facilitant la mise en branle des processus de la mécanique du transfert des connaissances. Toutefois, la démarche de soins, nécessaire afin de résoudre un problème de soins, a été souvent utilisée inconsciemment. Un parallèle entre la mécanique du transfert et la mise en branle de la démarche de soins a été constaté. En effet, si les processus de la mécanique ne sont pas opérationnalisés, la démarche de soins en est affectée. Les résultats nous permettent de croire que le débriefage favoriserait l'utilisation de la mécanique du transfert des connaissances lors des prochaines expositions à des situations de soins et permettra de renforcer l'application consciente de la démarche de soins.

Des attitudes liées à la pensée critique ont été sollicitées lors des débriefages. Nous avons recensé qu'une attitude a pratiquement toujours précédé l'opérationnalisation des processus de la mécanique du transfert des connaissances lors des situations de soins discutés en débriefage. Quand les attitudes n'étaient pas sollicitées, les trois premiers processus de la mécanique du transfert des connaissances en étaient affectés. Considérant que les discussions lors du débriefage ont permis de faire ressortir les bonnes attitudes liées à la pensée critique, on peut penser que les étudiantes et les étudiants les solliciteront lors d'une prochaine exposition et favoriseront par le fait même l'opérationnalisation de la mécanique du transfert des connaissances et la démarche de soins.

Les résultats du questionnaire indiquent que les étudiantes et les étudiants ont apprécié le débriefage et l'ont perçu comme une méthode pédagogique qui les a aidés à diminuer leur stress, à développer leur jugement clinique et à favoriser le transfert des connaissances.

Considérant que cette activité pédagogique sollicite la mécanique du transfert des connaissances et les composantes de la pensée critique favorisant ainsi le développement du jugement clinique, et qu'elle fut appréciée par les étudiantes et les

étudiants, cela nous laisse croire que le débriefage pourrait avoir des impacts positifs s'il était réalisé dans un autre milieu de stage. Nous pensons qu'effectuer le débriefage dans chacun des milieux de stage du cursus de l'étudiante et de l'étudiant pourrait les outiller lors de la passation à l'examen de l'OIIQ et les préparer au marché du travail.

Nous pouvons nous questionner sur le fait que si le débriefage en stage avait été réalisé dès la première année, la mécanique du transfert aurait-elle été comprise et appliquée davantage par les étudiantes et les étudiants au fil des années? Il faudrait envisager de leur enseigner comment procéder pour transférer leurs connaissances dans le but d'avoir un jugement infirmier permettant de prendre des décisions adéquates face à un problème.

Nous constatons que les résultats de notre recherche sont affectés par une limite de temps. Afin de pouvoir observer davantage les effets du débriefage durant le stage, il aurait été intéressant de pratiquer le débriefage pendant tous les stages effectués par les étudiantes et étudiants participants et de mesurer leur progression face au transfert des connaissances et au jugement clinique infirmier tout au long de leur cursus.

Il demeure important de souligner que la tenue de cette activité pédagogique demande du temps de la part de l'enseignante ou de l'enseignant afin de bien la planifier et exige une rigueur dans la prise de note des événements marquants de la journée de façon à les rapporter en débriefage si les étudiantes et les étudiants ne les soulèvent pas au moment opportun. Une adaptation constante de la part de l'enseignante et de l'enseignant est à prévoir car la diversité des situations cliniques rend chaque jour de stages différents ce qui a une influence directe sur le débriefage. La réalisation de l'activité repose également sur la proximité d'outils scientifiques : les livres de référence des étudiants et un support numérique avec accès à internet. Ces outils permettent aux étudiantes et aux étudiants de bien se préparer en vue du débriefage et développent leur esprit de recherche.

Il serait intéressant de poursuivre des recherches afin d'expliquer le rôle de la mémoire dans le transfert des connaissances et le jugement clinique infirmier.

Finalement, selon les résultats obtenus, nous pensons qu'ils pourraient être transférables à d'autres contextes similaires. De plus, nous croyons au caractère transférable de la recherche en ce qui a trait aux méthodes de collecte de données. Les résultats nous portent à croire que d'ajouter cette activité pédagogique en stage pourrait contribuer à favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier auprès de la clientèle étudiante en Soins infirmiers.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amiot, G., Saint-Pierre, J. (1996). *Schématisation d'une situation de soins infirmiers un instrument de transfert des compétences*. Association québécoise de pédagogie collégiale. Document téléaccessible à l'adresse <[https://cdc.qc.ca/actes\\_aqpc/1996/amiot\\_saint\\_pierre\\_7Aa70\\_actes](https://cdc.qc.ca/actes_aqpc/1996/amiot_saint_pierre_7Aa70_actes)>
- Barth, B.-M. (2004). Le transfert des connaissances : quels présupposés? Quelles implications pédagogiques? Dans A. Presseau et M. Frenay (dir), *Le transfert des apprentissages. Comprendre pour mieux intervenir*. (p. 267-283). Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Benner, P. (1995). *De novice à experte : excellence en soins infirmiers*. Paris : InterÉditions.
- Blanc, V., Lacelle, M-A., Perreault, G., Corno, C. et Roy, É. (2015), *IPMSH, une approche multidisciplinaire de la recherche en sciences humaines* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Boisvert, J. (2000). Le développement de la pensée critique au collégial : étude de cas sur un groupe classe de psychologie. *Revue des sciences de l'éducation*, Vol. XXVI, numéro 3, p. 601-624.
- Brunet, Y. (2016). *La simulation, une méthode pédagogique innovante en soins infirmiers*. Cégep de Sainte-Foy.
- Brunet, Y. et Lavertu, É. (2017). *L'art de débrieffer efficacement en simulation*. Atelier de formation continue offert aux professionnelles de la santé. Association des enseignantes et enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec.
- Cégep de Thetford, (2007). Programme d'études techniques, Soins infirmiers 180.A0.
- Chiniara, G. (2013). *Techniques d'enseignement : rétroaction et débriefage*. Université Laval.
- Christensen, N., Jones, M. A., Edwards, I., et Higgs, J. (2008). Helping physiotherapy students develop clinical reasoning capability. In J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.). *Clinical reasoning in the health professions*, (p. 389-396). London; Butterworth, Heinemann, Elsevier. (1<sup>re</sup> éd. 1995)
- Cossette, R., McClish, S. et Ostiguy, K. (2004). *L'apprentissage par problème en soins infirmiers*. Rapport PAREA. Cégep du Vieux-Montréal.

- Dallaire, C. et Dallaire, M. (2008). *Le savoir infirmier au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Delchambre, Lefevre, Ligot, Mainjot, Marlière et Mathieu (2008). *Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain*. (3<sup>e</sup> éd.). Bruxelles : Édition De Boeck.
- Deschênes, M-F. (2015). *Le développement du jugement clinique infirmier lors d'activités de simulation clinique haute fidélité (SCHF)*. Pôle de spécialisation et d'innovation en santé. Éducation Montréal.
- Deschênes, M-F. (2016). Le développement du jugement en situation authentique. *Pédagogie collégiale*, 30(1), 14-22.
- Duchesneau, D., Lachaine, M.-P. et Provost, C. (2012). *Utilisation d'un WIKI : Analyse des stratégies cognitives et métacognitives des étudiantes en soins infirmiers*. Rapport de recherche PAREA. Montréal : Cégep Saint-Laurent. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.cdc.qc.ca/parea/788258-duchesneau-lachaine-provost-wiki-soins-infirmiers-st-laurent-PAREA-2012.pdf>>
- Duchesneau, D., Lachaine, M.-P. et Provost, C. (2013). L'apprentissage à l'ère du web 2.0. Quand un wiki contribue à la formation du jugement. *Pédagogie collégiale*, 26(2), 4-10.
- ENNIS, R. H. (1985). A Logical Basis for Measuring Critical Thinking Skills. *Educational Leadership*, p. 44-48.
- Eppich, W. et Cheng, A. (2015). Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS). Development and Rationale for a Blended Approach to Health Care Simulation Debriefing. *Society for simulation in Healthcare*, 10(2), 106-115.
- Facione, N. C. et Facione, P. A. (2008). Critical thinking and clinical judgment. From *Critical Thinking and Clinical Reasoning in the Health Sciences : a teaching Antology*. (p. 1-13). The California Academic Press.
- Fontaine, S. (2015). *Représentation enseignante au regard du transfert des connaissances en soins infirmiers au collégial*. Essai présenté à la Faculté d'éducation en vue de l'obtention du grade de Maître en éducation (M. Éd.) Document téléaccessible à l'adresse <<https://cdc.qc.ca/universite/sherbrooke/033652-fontaine-representation-enseignante-transfert-connaissances-soins-infirmiers-collegial-essai-usherbrooke-2015.pdf>>
- Fortin, C., Rousseau, R. (2015) *Psychologie cognitive : une approche de traitement de l'information*. Presses de l'Université du Québec.

- Fortin, M. F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière Éducation (1<sup>re</sup> éd. 2006).
- Gouvernement du Canada. (2014). *Énoncé de politique des trois conseils. Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Ottawa : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada.
- Gouvernement du Québec (2007). *Programme d'études techniques, 180-A0, Soins Infirmiers*. Québec, Gouvernement du Québec
- Hobeila, S. (2011). De la problématique au problème de recherche. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation. Étapes et approches* (p. 63-81) (3<sup>e</sup> éd.). Saint-Laurent : Édition du Renouveau Pédagogique Inc. (1<sup>re</sup> éd. 1995).
- Kataoka-Yahiro, M., & Saylor, C. (1994). *A critical thinking model for nursing judgment*. *J Nus Educ*, 33(8), 351-356.
- Lamond, C. (2007). *Élaboration d'un matériel pédagogique favorisant l'intégration et le transfert des connaissances lors du stage de périnatalité en soins infirmiers au collégial*. Essai présenté à la Faculté d'éducation en vue de l'obtention du grade de Maître en éducation (M. Éd.) Document téléaccessible à l'adresse <[http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/7625/Lamond\\_Caroline\\_MEd\\_2007.pdf?sequence=1](http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/7625/Lamond_Caroline_MEd_2007.pdf?sequence=1)
- Lavertu, É. (2013). *Évaluer la pensée critique en contexte de stages en soins infirmiers : proposition d'un outil d'évaluation*. Essai présenté à la Faculté d'éducation en vue de l'obtention du grade de Maître en éducation (M. Éd.) Université de Sherbrooke. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.cdc.qc.ca/universite/sherbrooke/032158-lavertu-eval-pensee-critique-stage-soins-infirmiers-outil-essai-usherbrooke-2013.pdf>
- Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence. Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Paris : Éditions d'Organisation, Eyrolles.
- Lechasseur, K. (2009). *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval dans le cadre du programme de doctorat sur mesure en sciences infirmières et en didactique des sciences pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D). Université Laval.
- Oermann, M.H. (1998). *How to assess critical thinking in clinical practice*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière. Compétences initiales*. Montréal : OIIQ.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!* Mémoire, Montréal : OIIQ.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière, compétences initiales*. Éd. OIIQ. (1<sup>ère</sup> éd. 2001)
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. 3<sup>e</sup> édition. OIIQ.
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27(2), 133-151.
- Paré, É. (2014). *Raisonnement clinique en Technique d'inhalothérapie : étude des modalités d'enseignement et des interventions pédagogiques lors des stages*. Thèse présentée à la Faculté d'éducation en vue de l'obtention du grade de Ph.D. Université de Sherbrooke.
- Paul, R.W., Elder, L. (2004). *The miniature guide to critical thinking. Concepts and tools*. Dillon Beach, CA : Foundation for critical thinking.
- Perrenoud, P. (1997). *Construire des compétences dès l'école*. ESF éditeur.
- Perrenoud, P. (1997) Vers des pratiques pédagogiques favorisant le transfert des acquis scolaires hors de l'école. *Pédagogie collégiale*, 10(3), 4-16.
- Perrenoud, P. (2001). *L'approche par compétences : une réponse à l'échec scolaire?* Actes du 20<sup>e</sup> colloque de l'AQPC (p. 1-15).
- Phaneuf, M. (2013) *Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance*. Site téléaccessible à l'adresse <[http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Le\\_jugement\\_clinique-cet\\_outil\\_professionnel\\_dimportance.pdf](http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_dimportance.pdf)>
- Potter, P., Perry, A., Stockert, P. et Hall, A. (2016). *Soins infirmiers : Fondements généraux*. (4<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière éducation. ISBN : 9782765049944.
- Presseau, A., Frenay, M. (2004). *Le transfert des apprentissages. Comprendre pour mieux intervenir*. Les presses de l'Université Laval.
- Renou, J. (2012). *Le débriefing en simulation médicale : techniques et outils pédagogiques*. Diplôme universitaire de pédagogie des sciences de la santé.



- Rudolph, J. W., Simon, R., Raemer, D. B. et Eppich, W. J. (2008). Debriefing as formative assessment closing performance gaps in medical education. *Acad Emerg Med*, 15(11), 1010-1016.
- Salas, E., Klein, C., King, H. et Salisbury, M. (2008). Debriefing medical teams: 12 evidence-based best practices and tips. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 34(9), 518-527.
- Savoie-Zajc, L. (2011). De la problématique au problème de recherche. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation. Étapes et approches* (p. 123-147) (3<sup>e</sup> éd.). Saint-Laurent, Édition du Renouveau Pédagogique Inc. (1<sup>re</sup> éd. 1995).
- Simoneau, I. L. et Paquette, C. (2014). *Pédagogie par la simulation clinique haute fidélité dans la formation collégiale en santé : préparation clinique, interdisciplinarité et intégration au curriculum*. Rapport de recherche PAREA. Cégep de Sherbrooke.
- Simoneau, I. L. et Pilote, B. (2017). *Effet d'une séquence d'enseignements évolutifs assistés par la simulation clinique sur l'acquisition des connaissances en cardiologie chez des étudiants du programme soins infirmiers 180.A0*. Rapport de recherche PAREA. Cégep de Sainte-Foy et Cégep de Sherbrooke.
- Smith, M., Higgs, J. et Ellis, E. (2008). Factors influencing clinical decision making. In J. Higgs, M. Jones, S. Loftus et N. Christensen (dir.), *Clinical reasoning in the health professions* (p. 89-100) (3<sup>e</sup> éd.). Elsevier.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse : a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing education*, 45(6), 204-211.
- Tardif, J. (1992a). *L'apprentissage cognitif*. Printemps de l'éducation. Occe de la Dôme. Document téléaccessible à l'adresse < <http://www.ac-grenoble.fr/occe26/printemps/tardif/cognitif.htm#1> >
- Tardif, J. (1992b). *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive*. Montréal : Les éditions Logiques.
- Tardif, J. et Meirieu, P. (1996). *Stratégie pour favoriser le transfert des connaissances*. Document téléaccessible à l'adresse < <http://w3.uqo.ca/moreau/documents/Tardif1996.pdf> >
- Tardif, J. (1999). *Le transfert des apprentissages*. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Université de Sherbrooke. (2015). *Guide de présentation du bloc recherche innovation et analyse critique de la maîtrise en enseignement au collégial*. Faculté d'éducation, Performa, Université de Sherbrooke.

Wellingham, D. (2007). La pensée critique. Pourquoi est-elle si difficile à enseigner?  
Document téléaccessible à  
l'adresse <[http://www.formapex.com/telechargementpublic/willingham2007a.p  
df?616d13afc6835dd26137b409becc9f87=38c5ecda849aa035  
\\_321dc4485f602b21](http://www.formapex.com/telechargementpublic/willingham2007a.pdf?616d13afc6835dd26137b409becc9f87=38c5ecda849aa035_321dc4485f602b21)>

## ANNEXE A

# DEMANDE D'APPROBATION ÉTHIQUE D'UN PROJET DE RECHERCHE DU CÉGEP DE THETFORD



## COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

### DEMANDE D'APPROBATION ÉTHIQUE D'UN PROJET DE RECHERCHE

<p>Remplissez ce formulaire au moins 8 semaines avant le début de la collecte de données d'une recherche et soumettez-le au Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains du Cégep de Thetford (CÉR du Cégep de Thetford), accompagné des pièces justificatives et des annexes complémentaires nécessaires, s'il y a lieu.</p> <p>Catherine Blanchet, ing. Cadre adjointe à la recherche Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains Cégep de Thetford Téléphone : Courriel :</p>	<p>No du dossier</p> <p>(réservé à l'administration)</p>
---	--

Avant d'amorcer toute activité de recherche avec des êtres humains au Cégep de Thetford ou sous l'égide du Cégep de Thetford, il faut préalablement obtenir l'approbation éthique du CÉR avec des êtres humains du Cégep de Thetford. D'une part, cela est conforme à la politique *Cégep de Thetford – Politique institutionnelle sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains*. D'autre part, cela respecte l'un des engagements pris par le Cégep de Thetford auprès des trois organismes, qui est de veiller à l'application des éléments de la version 2 de *l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains* (ÉPTC 2) publié en 2014, et qui préconise le respect de la dignité humaine reposant sur les trois principes directeurs suivants : le respect de la personne, la préoccupation pour le bien-être et la justice.

La version électronique à jour de l'ÉPTC 2 se trouve à l'adresse suivante :  
[http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC\\_2\\_FINALE\\_Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf)

SECTION 1 – IDENTIFICATION	
<b>1.1 TITRE DU PROJET DE RECHERCHE (REFLÉTER LA SPÉCIFICITÉ DU PROJET EN QUESTION)</b>  Expérimentation du débriefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier.	
<b>1.2 PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE (CHERCHEUR PRINCIPAL)</b>  Nom et Prénom : Vachon, Véronique  Titre : Infirmière clinicienne, Enseignante Soins infirmiers  Statut (ne cochez qu'une seule case) Enseignante <input checked="" type="checkbox"/> Chercheuse <input type="checkbox"/> Étudiante <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Chercheur <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Spécifiez :  Institution : Cégep de Thetford                      Département : Soins infirmiers  Téléphone : 418-338-8591 poste 302                      Courriel : vvachon@cegepthetford.ca  (Une copie du curriculum vitae de cette personne est jointe à la demande Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> )	
<b>1.2(a) Lorsque le projet de recherche est mené par une équipe de co-chercheurs ou avec l'aide de collaborateurs :</b>  Nom et prénom : Sébastien Piché  Affiliation : Université de Sherbrooke-Peforma  (Une copie des curriculum vitae des co-chercheurs est jointe à la demande Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> )  (Une copie des curriculum vitae des collaborateurs est jointe à la demande Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> )	

SECTION 2 – CONDITIONS DE RÉALISATION		
<b>2.1 CADRE BUDGÉTAIRE</b>		
<b>2.1(a) Évaluation par les pairs (réf. ÉPTC 2, article 2.7)</b>		
Le projet est-il financé par un organisme exigeant une évaluation scientifique par les pairs? Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		
Dans l'affirmative, indiquez : <ul style="list-style-type: none"> <li>le nom de l'organisme subventionnaire;</li> <li>le nom de la titulaire ou du titulaire de la subvention ainsi que son titre.</li> </ul> (La documentation complète sur les examens scientifiques réalisés est incluse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> )		
Un examen scientifique par les pairs est prévu le _____ (précisez la date – j/m/a) par _____ (précisez le nom de l'organisme et/ou des chercheurs qui feront l'évaluation).		
<b>2.1(b) Commanditaires :</b>		
Le projet bénéficie-t-il d'un soutien, monétaire ou en nature, de la part de commanditaires? Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		
Dans l'affirmative, précisez le nom des commanditaires et la nature du soutien ou de l'entente conclue avec chacun.  (Une copie de l'entente conclue avec chacun est incluse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> )		
<b>2.2 PARTICIPATION AU PROJET</b>		
<b>2.2 (a) Au Cégep de Thetford</b>		
Les enseignants, les employés et les étudiants qui participent au projet se trouvent :		
<input checked="" type="checkbox"/> au Siège social - nom de la personne responsable : Véronique Vachon		
<input type="checkbox"/> au Campus de Saint-Agapit - nom de la personne responsable :		
<input type="checkbox"/> Autre, précisez le ou les endroit(s) et le ou les noms de la personne responsable :		
<b>2.2 (b) AUTRES institutions, organismes ou établissements (réf. EPTC 2, chapitre 8)</b>		
Il y a des institutions, organismes ou établissements, autres que le Cégep de Thetford, qui participent au projet : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		
Dans l'affirmative, précisez pour chacun : <ul style="list-style-type: none"> <li>le nom de l'organisme, de l'institution ou de l'établissement</li> <li>les démarches déjà faites dans le cadre de cette participation</li> <li>le nom de la personne responsable (si connu)</li> </ul> (Une lettre d'acceptation ou d'autorisation est soumise avec la demande. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> )		
<b>2.3 DATES PRÉVUES POUR LA CUEILLETTE DES DONNÉES ET POUR LA RÉALISATION DU PROJET: (IL EST À NOTER QUE L'APPROBATION ÉTHIQUE EST NÉCESSAIRE AVANT LE DÉBUT DES PREMIERS CONTACTS AVEC LES SUJETS.)</b>		
Cueillette des données :	Date de début : Octobre 2017	Date de fin : Décembre 2017
Réalisation du projet :	Date de début : Août 2017	Date de fin : Septembre 2018

SECTION 3 – INFORMATION D'ORDRE SCIENTIFIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE
<p><b>3.1 PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE ET OBJECTIFS DU PROJET</b> (En 300 mots ou moins : hypothèses ou questions de recherche, état des connaissances, pertinence)</p> <p>Face à la problématique des étudiantes et des étudiants en Soins infirmiers qui éprouvent de la difficulté à transférer leurs connaissances antérieures pour favoriser leur pensée critique et ainsi exercer leur jugement clinique infirmier nous tentons une nouvelle approche pédagogique. Dans ce projet de recherche qualitative effectuée au Cégep de Thetford, auprès d'un groupe de stage de six étudiantes ou étudiants en Soins infirmiers, nous souhaitons expérimenter le débrefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Le débrefage utilisé pour activer le transfert des connaissances est un nouvel outil qui fait l'objet de nombreuses recherches. L'objectif général de l'essai est donc d'expérimenter le débrefage en stage afin de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Le débrefage, le transfert des connaissances et la pensée critique sont les principaux concepts qui sont traités dans le cadre de référence. Trois objectifs spécifiques découlent du cadre de référence. Premièrement, nous voulons explorer les conditions cognitives propices et les moments opportuns pour appliquer le débrefage en stage. Par la suite, nous voulons observer les attitudes qu'adoptent les étudiantes et les étudiants lors du débrefage en stage ainsi que les mécanismes sollicités pour mobiliser leurs connaissances. Finalement, nous voulons valider si le débrefage en stage sollicite les composantes de la pensée critique afin de favoriser la démarche de résolutions de problèmes.</p>
<p><b>3.2 SUJET</b> (Justice et équité dans la participation à la recherche (réf. ÉPTC 2, chapitre 4), âges visés, nombre de sujets, caractéristiques particulières, critères d'inclusion et d'exclusion)</p> <p>Le projet de recherche sera mené auprès d'une population cible qui répond à des caractéristiques recherchées. La participante ou le participant doit être une étudiante ou un étudiant de troisième année de Soins infirmiers qui fait le stage intitulé : <i>Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie</i> et qui est dans le groupe 2.</p> <p>Il n'y aura aucune exclusion quant à la langue, le sexe ou la communauté ethnique. Puisque le projet d'essai se réalise auprès d'étudiantes et d'étudiants en troisième année, nous pouvons conclure qu'ils auront majoritairement entre 19 et 40 ans. Ils sont tous capables de décider de participer à un projet de recherche.</p>
<p><b>3.3 MÉTHODOLOGIE, VARIABLES ET MESURES :</b> (Entre autres, précisez la nature de la recherche, les variables retenues, les outils de mesure ou d'évaluation, la validation des outils, les essais cliniques, la manipulation de matériel biologique humain, la recherche en génétique, les types d'analyse statistique)</p> <p>Notre essai vise à expérimenter le débrefage en stage afin de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Ainsi, c'est avec un paradigme interprétatif que nous avons choisi de diriger notre essai. Dans le but d'assurer une cohérence avec cette posture épistémologique, nous privilégions une approche méthodologique qualitative. Considérant que l'objectif général de la recherche qui est d'expérimenter le débrefage en stage, la recherche-expérimentation selon Paillé (2007) nous apparaît le choix</p>



approprié comme type d'essai. La recherche sera menée auprès d'un groupe de stage de Soins infirmiers composé de 6 étudiantes et étudiants. Un groupe de discussion focalisé, l'observation participante et un questionnaire seront utilisés comme outils de collecte de données. Un journal de bord de la chercheuse sera réalisé tout au long de la recherche. Une grille d'animation du débriefage sera adaptée et validée par un expert externe et une grille d'observation des participants sera réalisée par la chercheuse.

Échéancier de remise des documents : à venir

**Note :** Joignez à votre demande un exemplaire de tout questionnaire, épreuve, grille d'entrevue ou autre qui seront utilisés dans le cadre de votre recherche.

(Un exemplaire de ou des instrument(s) est soumis avec la demande Oui ☐ Non ☒)

### 3.4 CUEILLETTE DES DONNÉES

(Entre autres, précisez le nombre de rencontres, la durée, le lieu, la fréquence, le déroulement des rencontres, la façon dont on va mesurer, évaluer et enregistrer les données)

Dans un premier temps, le débriefage sera réalisé auprès du groupe de stage. Un groupe de discussion focalisée sera ainsi formé. Orienté sur une étude de cas spécifique vécue dans la journée de stage, il sera animé par la chercheuse à l'aide de la grille d'animation du débriefage. Simultanément, une observation participante de la chercheuse permettra de compléter la grille d'observation. Le débriefage qui se déroulera dans une salle du centre d'hébergement, attirée à la chercheuse et au groupe de stage, sera d'une durée approximative d'une heure et sera répété pendant trois journées de stage consécutives. Les rencontres seront enregistrées de façon à pouvoir transcrire les échanges dans le journal de bord de la chercheuse en vue de coder les informations pour analyser et interpréter les résultats. Dans un deuxième temps, un questionnaire informatisé anonyme sera distribué auprès des participantes et des participants à la fin de l'expérimentation pour collecter leurs opinions et leurs appréciations et sonder s'ils ont eu l'impression que le débriefage a contribué à l'avancement de leurs connaissances. En parallèle, un journal de bord sera rédigé par la chercheuse tout au long de l'expérimentation.

### 3.5 DUPERIE

Certaines informations concernant l'objet ou le devis du projet doivent-elles être cachées aux sujets?

Oui ☐ Non ☒

Dans l'affirmative, expliquez les raisons qui, au plan méthodologique, justifient le recours à la duperie. Indiquez également quand et comment se fera le débriefing auprès des participants.

SECTION 4 – CONSIDÉRATIONS D'ORDRE ÉTHIQUE	
<p>Prière d'inclure toutes les informations supplémentaires qui permettent de démontrer que les considérations d'ordre éthique, selon l'ÉPTC 2, ont été prises en compte en ce qui a trait aux cinq éléments ci-dessous.</p>	
<p><b>4.1 PORTÉE ET APPROCHE - (réf. ÉPTC 2, chapitre 2)</b> (Diffusion des résultats; risques et avantages pour les sujets; mesures d'atténuation des risques)</p> <p>La recherche est à risque minimal pour les participantes et les participants. Elle répond à l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC) disant qu'une recherche est à risque minimal quand les risques découlant de la participation à la recherche ne sont pas plus élevés que les risques inhérents à la vie quotidienne du participant (Hobeila, 2011). Le seul inconvénient réside au temps que les étudiants devront consacrer pour répondre au questionnaire. En ce qui a trait au groupe de discussion focalisé, la chercheuse prévoit du temps en stage pour y participer.</p> <p>La recherche contribue à l'avancement des connaissances. En effet, l'expérimentation de cette méthode pédagogique pourra faciliter le transfert des connaissances et favoriser le développement de leur jugement clinique infirmier contribuant, par conséquent, à la réussite scolaire et professionnelle. Au terme de l'approbation de l'essai par l'université de Sherbrooke, les participantes et les participants ainsi que le Cégep de Thetford seront informés quant à la façon d'accéder aux résultats de la recherche.</p> <p>Nous prévoyons la diffusion des résultats dans des banques de données suite à l'approbation de l'essai par l'Université de Sherbrooke. Les résultats pourraient également faire office de présentations d'ateliers ou en congrès.</p>	
<p><b>4.2 PROCESSUS DE RECRUTEMENT ET DE CONSENTEMENT - (réf. ÉPTC 2, chapitre 3)</b> (Démarche de recrutement, processus du consentement, incitations à la participation)</p> <p>Un échantillonnage non probabiliste de type intentionnel sera utilisé pour le choix des participants. Cette méthode d'échantillonnage consiste à «sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude» (Fortin et Gagnon, 2016, p.271). Les étudiantes et les étudiants de troisième année de Soins infirmiers qui font le stage intitulé : <i>Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie</i>, et qui sont dans le groupe 2, répondent aux caractéristiques recherchées.</p> <p>Une démarche de recrutement par le biais d'une lettre expliquant « aux participants potentiels le but de l'étude, les objectifs et l'assurance qu'ils recevront le même enseignement en stage s'ils décident de ne pas y participer » (Fortin et Gagnon, 2016) sera entreprise en début de session auprès des étudiantes et étudiants d'un groupe de stage. Cette lettre indiquera également qu'ils sont libres de participer ou non à l'expérimentation et les avisera que s'ils y participent, ils seront libres de se retirer à tout moment. Nous allons nous assurer, par la suite, de faire signer un formulaire de consentement libre et éclairé aux participantes et participants qui se portent volontaires.</p> <p>(Une copie du formulaire de consentement est soumise avec la demande Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>) (Un exemplaire du matériel et des outils de recrutement est soumis avec la demande Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>)</p>	



#### 4.3 VIE PRIVÉE ET CONFIDENTIALITÉ - (réf. ÉPTC 2, chapitre 5)

(Mesures proposées pour assurer la protection de la vie privée, assurer la confidentialité et la sécurité des données)

Pour assurer le caractère confidentiel et anonyme des données, nous aviserons les participantes et les participants que leurs noms seront remplacés par des noms fictifs alphanumériques lors de l'analyse et de l'interprétation des données et de la diffusion des résultats. Le questionnaire sera informatisé afin d'être rempli de façon anonyme. La chercheuse s'engage à ne pas dévoiler l'identité des participantes et des participants lors de la diffusion des résultats.

Les données seront conservées à deux endroits sécurisés. Premièrement, la chercheuse conservera les données de verbatim dans un classeur sous clé dont seule celle-ci a la clé. Les données informatisées et enregistrements audio, effectués dans le cadre du groupe de discussion focalisé, seront conservés dans un dossier déposé dans le serveur du Cégep de Thetford pour lequel un accès sécurisé est nécessaire et dont seule la chercheuse connaît le mot de passe. Advenant le départ d'une participante ou un participant, ses données seront immédiatement détruites.

La chercheuse ainsi que le directeur d'essai auront accès aux données.

Lorsque l'essai aura été accepté par l'Université de Sherbrooke, l'ensemble des données sera conservé pendant cinq ans avant d'être détruit.

#### 4.4 CONFLITS D'INTÉRÊTS - (réf. ÉPTC 2, chapitre 7)

(Appareils, potentiels ou réels pour les chercheurs ou les établissements participants)

Considérant que la chercheuse occupera également le rôle d'enseignante pour le groupe à l'étude, des mesures seront prises pour éviter les conflits d'intérêts. Premièrement, les étudiants des trois groupes de stage de l'enseignante pourront bénéficier de l'expérimentation du débriefage en stage afin de ne pas fournir un enseignement inéquitable pour les groupes de stage. Les participants à l'essai ne seront donc pas injustement avantagés de participer à l'étude au détriment des étudiantes et étudiants dans les autres groupes. De plus, considérant que la totalité des étudiants sera soumise au débriefage en stage, nous pensons éviter la modification du comportement des sujets pour plaire à la chercheuse. Nous pensons également que les étudiantes et étudiants sollicités sentiront moins de pression face à la participation à la recherche. Seules les données pour les participants du groupe 2 qui ont accepté de participer à l'étude seront analysées. Les étudiantes et étudiants seront également informés que la participation à la recherche n'influencera en rien le résultat final du stage.

Enfin, la chercheuse s'engage à éviter le biais expérimental lié aux attentes de l'expérimentateur ce qui peut fausser les résultats. Les attentes du chercheur peuvent en effet influencer sur l'attitude des participants. Si un chercheur désire obtenir la confirmation de ses hypothèses et amène, inconsciemment ou non, les participants à les corroborer, il peut en résulter des évaluations biaisées (Fortin et Gagnon, 2016).

#### 4.5 ÉVALUATION ÉTHIQUE CONTINUE - (réf. ÉPTC 2, article 2.8)

(S'il y a lieu, précisez les mesures proposées pour assurer la surveillance éthique continue du projet.)

Sébastien Piché, directeur de l'essai, sera en mesure d'assurer la surveillance éthique en continu du projet de recherche.

**SECTION 5 – SIGNATURES**

Les signatures attestent que l'information contenue dans ce formulaire a été donnée de bonne foi et au meilleur de vos connaissances.

Les signatures attestent que vous assumerez le rôle et les responsabilités qui vous incombent lors de la réalisation de ce projet de recherche.

Vous vous engagez à obtenir l'autorisation préalable du Comité d'éthique de la recherche avec les êtres humains du Cégep de Thetford avant de mettre en œuvre tout changement substantiel qui devrait être apporté à ce projet de recherche.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne responsable du projet

2017-04-28

\_\_\_\_\_  
Date


\_\_\_\_\_  
Signature de l'enseignant qui encadre le projet  
de recherche (s'il y a lieu)

2017-04-29

\_\_\_\_\_  
Date

## ANNEXE B

# FORMULAIRE ET RECOMMANDATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE DES ESSAIS DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

 UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Recommandation de conformité éthique du secteur  
PERFORMA-Université de Sherbrooke-

---

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Étudiante ou étudiant à la maîtrise  
Nom : Véronique Vachon  
Cégep d'affiliation: Cégep de Thetford  
Numéro de téléphone :  
Courriel :  
Adresse postale :

Collecte de données  
Date prévue du début de la collecte de données : octobre 2017  
Durée de la collecte de données : 2 mois

Le projet est-il réalisé dans le cadre de votre programme de Maîtrise en enseignement au collégial?

☒ Oui ☐ Non

Avez-vous un comité d'éthique en recherche dans votre collège?

☒ Oui ☐ Non

Est-ce qu'il y a une politique en éthique de la recherche dans votre collège?

☒ Oui ☐ Non

☐ JE DEMANDE UNE RECOMMANDATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE DE MON PROJET D'ESSAI À PERFORMA

Par la présente, je demande à l'Université de Sherbrooke, secteur PERFORMA d'attester de la conformité éthique de mon projet d'essai dont la collecte de données aura lieu auprès des êtres humains.  
Je comprends qu'il est de ma responsabilité de m'informer de la situation et de vérifier les politiques et procédures institutionnelles concernant l'éthique en recherche dans mon collège et dans chaque établissement où la collecte de données est prévue.

Signature de l'étudiante ou de étudiant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

☒ JE NE DEMANDE PAS UNE RECOMMANDATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE DE MON PROJET À PERFORMA

Je comprends qu'il est de ma responsabilité de m'informer de la situation et de vérifier les politiques et procédures institutionnelles concernant l'éthique en recherche dans mon collège et dans chaque établissement où la collecte de données est prévue.

Signature de l'étudiante ou de étudiant : \_\_\_\_\_

Date : 2017-03-28 \_\_\_\_\_



Faculté d'éducation  
Formulaire d'évaluation éthique des essais

## 1. RESPONSABLE(S) DU PROJET

Chercheuse ou chercheur : Véronique Vachon

Numéro de téléphone :

Courriel :

Directrice ou directeur du projet : **Sébastien Piché**

## 2. PRÉSENTATION DU PROJET

Titre du projet : Expérimentation du débriefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier.

### Financement du projet :

Aucun ☒ Source :

### S'agit-il d'un projet inter établissement?

Oui ☐ Non ☒

Si oui, veuillez indiquer : universités, collèges, autres... impliqués :

**Date de début de la collecte de données :** Août 2017

### Résumer le projet

Face à la problématique des étudiantes et des étudiants en Soins infirmiers qui éprouvent de la difficulté à transférer leurs connaissances antérieures pour favoriser leur pensée critique et ainsi exercer leur jugement clinique infirmier, nous tentons une nouvelle approche pédagogique. Dans ce projet de recherche qualitative effectuée au Cégep de Thetford auprès d'un groupe de stage de six étudiantes ou étudiants en Soins infirmiers, nous souhaitons expérimenter le débriefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Le débriefage utilisé pour activer le transfert des connaissances est un nouvel outil qui fait l'objet de nombreuses recherches. L'objectif général de l'essai est donc d'expérimenter le débriefage en stage afin de favoriser le transfert et la mobilisation des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Le débriefage, le transfert (et la mobilisation) des connaissances et la pensée critique sont les principaux concepts qui sont traités dans le cadre de référence. Trois objectifs spécifiques découlent du cadre de référence. Premièrement, nous voulons explorer les conditions cognitives propices et les moments opportuns pour appliquer le débriefage

en stage. Par la suite, nous voulons observer les attitudes qu'adoptent les étudiantes et les étudiants lors du débriefage en stage ainsi que les mécanismes sollicités pour mobiliser leurs connaissances. Finalement, nous voulons valider si le débriefage en stage sollicite les composantes de la pensée critique afin de favoriser la démarche de résolutions de problèmes.

### **Décrire la méthodologie utilisée**

Notre essai vise à expérimenter le débriefage en stage afin de favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Ainsi, c'est avec un paradigme interprétatif que nous avons choisi de diriger notre essai. Dans le but d'assurer une cohérence avec cette posture épistémologique, nous privilégions une approche méthodologique qualitative. Considérant que l'objectif général de la recherche qui est d'expérimenter le débriefage en stage, la recherche-expérimentation selon Paillé (2007) nous apparaît le choix approprié comme type d'essai. La recherche sera menée auprès d'un groupe de stage de Soins infirmiers composé de 6 étudiantes et étudiants. Un groupe de discussion focalisée, l'observation participante et un questionnaire seront utilisés comme outils de collecte de données. Un journal de bord de la chercheuse sera réalisé tout au long de la recherche. Une grille d'animation du débriefage sera adaptée et validée par un expert externe et une grille d'observation des participants sera réalisée par la chercheuse.

## **3. ASPECTS ÉTHIQUES**

### **Équilibre entre les risques et les bénéfices**

Quels sont les risques encourus par les personnes/établissements participants ?

La recherche est à risque minimal pour les participantes et les participants. Elle répond à *l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC)* disant qu'une recherche est à risque minimal quand les risques découlant de la participation à la recherche ne sont pas plus élevés que les risques inhérents à la vie quotidienne du participant (Hobeila, 2011). Le seul inconvénient réside au temps que les étudiants devront consacrer pour répondre au questionnaire. En ce qui a trait au groupe de discussion focalisée, la chercheuse prévoit du temps en stage pour y participer.

Quels sont les bienfaits qu'ils pourront retirer?

La recherche contribue à l'avancement des connaissances. En effet, l'expérimentation de cette méthode pédagogique pourra faciliter le transfert des connaissances et favoriser le développement de leur jugement clinique infirmier contribuant, par conséquent, à la réussite scolaire et professionnelle.

Quelles sont les étapes de la collecte de données?

Dans un premier temps, le débriefage sera réalisé auprès du groupe de stage. Un groupe de discussion focalisée est ainsi formé. Orienté sur une étude de cas spécifique vécue dans la journée de stage, il sera animé par la chercheuse à l'aide de la grille d'animation du débriefage. Simultanément, une observation participante de la chercheuse permettra de compléter la grille d'observation. Dans un deuxième temps, un questionnaire sera distribué auprès des participantes et des participants à la fin de l'expérimentation pour collecter leurs opinions et leur appréciation et sonder s'ils ont eu l'impression que le débriefage a contribué à l'avancement de leurs connaissances. En parallèle, un journal de bord sera rédigé par la chercheuse tout au long de l'expérimentation.

Quel est l'échéancier de la collecte de données dans le projet ?

Le début de l'expérimentation du débriefage avec un groupe de discussion focalisée et l'observation participante est prévu pour octobre-novembre 2017. Le questionnaire est prévu pour novembre-décembre 2017. Le journal de bord sera tenu par la chercheuse tout au long de l'expérimentation, c'est-à-dire d'octobre 2017 à décembre 2017.

Est-ce qu'une compensation, monétaire ou autre, sera remise pour le temps, les déplacements, etc. occasionnés par la participation au projet?

Oui ☐ Non ☒

Si oui, justifier et préciser quelle forme prendra cette compensation :

Est-ce que ce projet se situe sous le seuil de risque minimal?

*Risque minimal: quand la probabilité d'occurrence et l'importance des éventuels inconvénients ou risques sont comparables à ceux de la vie quotidienne des participantes et participants.*

Oui ☒ Non ☐

### Consentement libre et éclairé

Est-ce que la recherche est de nature **consensuelle**?

*Est-ce que le consentement des personnes participantes au projet sera demandé?  
Seront-elles au courant qu'elles font partie d'un projet et de la nature de ce projet?*

Oui ☒ Non ☐

*Sinon, faire appel au comité pour valider la possibilité de mener un projet non consensuel.*

**Quelles seront les mesures prises pour s'assurer du consentement libre et éclairé des personnes participantes ?**

Un échantillonnage non probabiliste de type intentionnel sera utilisé pour le choix des participants. Cette méthode d'échantillonnage consiste à « sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude » (Fortin et Gagnon, 2016, p.271). Les étudiantes et les étudiants de troisième année de Soins infirmiers qui font le stage intitulé : *Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie* répondent aux caractéristiques recherchées.

Une démarche de recrutement par le biais d'une lettre expliquant « aux participants potentiels le but de l'étude, les objectifs et l'assurance qu'ils recevront le même enseignement en stage s'ils décident de ne pas y participer » (Fortin et Gagnon, 2016) sera entreprise en début de session auprès des étudiantes et étudiants d'un groupe de stage. Cette lettre indiquera également qu'ils sont libres de participer ou non à l'expérimentation et les avisera que s'ils y participent, ils seront libres de se retirer à tout moment. Nous allons nous assurer, par la suite, de faire signer un formulaire de consentement libre et éclairé aux participantes et participants qui se portent volontaires.

Est-ce que le projet implique des **personnes mineures et/ou légalement inaptes**?

Oui ☐ Non ☒

Si oui, préciser les précautions prises à cet égard : Le consentement parental est exigé par la loi pour la participation de mineurs.

**Confidentialité des données**

**Quelles seront les mesures prises pour assurer le caractère confidentiel et anonyme des données?**

Pour assurer le caractère confidentiel et anonyme des données, nous aviserons les participantes et les participants que leurs noms seront remplacés par des noms fictifs alphanumériques lors de l'analyse et de l'interprétation des données et de la diffusion des résultats. Le questionnaire sera informatisé afin d'être rempli de façon anonyme. La chercheuse s'engage à ne pas dévoiler l'identité des participantes et des participants lors de la diffusion des résultats.

**Où** seront conservées les données ? Seront-elles conservées sous clé? Les fichiers électroniques seront-ils protégés par un mot de passe?

Les données seront conservées à deux endroits sécurisés. Premièrement, la chercheuse conservera les données de verbatim dans un classeur sous clé dont seule celle-ci a la clé. Les données informatisées et enregistrements audio, effectués dans le cadre du groupe de discussion focalisée, seront conservés dans un dossier déposé dans le serveur du Cégep de Thetford pour lequel un accès sécurisé est nécessaire et dont seule la



chercheuse connaît le mot de passe. Advenant le départ d'une participante ou un participant, ses données seront immédiatement détruites.

**Qui** aura accès aux données?

La chercheuse ainsi que le directeur d'essai auront accès aux données.

**Quand** seront détruites les données brutes (questionnaires papier, cassettes d'entrevues, etc.)?

Lorsque l'essai aura été accepté par l'Université de Sherbrooke, l'ensemble des données sera conservé pendant cinq ans avant d'être détruit.

Comment seront **diffusés** les résultats?

Nous prévoyons la diffusion des résultats dans des banques de données suite à l'approbation de l'essai par l'Université de Sherbrooke. Les résultats pourraient également faire office de présentations d'ateliers ou congrès.

#### ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANT OU DE L'ÉTUDIANTE ET DE LA DIRECTION D'ESSAI

J'atteste que les informations contenues dans ce formulaire ont été communiquées de bonne foi.

Nom de l'étudiant ou de l'étudiante : Véronique Vachon

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ 2017-04-29 \_\_\_\_\_

Nom du directeur d'essai : Sébastien Piché

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ 2017-04-29 \_\_\_\_\_

## ANNEXE C

# APPROBATION DU COMITÉ ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CÉGEP DE THETFORD



## CERTIFICAT D'ÉTHIQUE D'UN

## PROJET DE RECHERCHE SOUMIS AU CÉR DU CÉGEP DE THETFORD

Date : 8 mai 2017

Évaluateur : Edith Girard et Catherine Blanchet en évaluation déléguée. Entériné au CÉR du 8 mai 2017.

À la lumière de l'ÉPTC 2, des politiques et procédures du Cégep de Thetford ainsi que des lois en vigueur au Québec, les membres du CÉR du Cégep de Thetford jugent que le projet intitulé :

Expérimentation du débriefage en stage en soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier.

- a) est éthiquement acceptable. ☒ Conditionnel à l'acceptation des documents par le CÉR selon le calendrier suivant :

Formulaire et outils de collectes de données	Dépôt prévu au CER Cégep de Thetford
Formulaire de consentement	Fin août 2017
Grille d'animation du débriefage adaptée pour le groupe de discussion focalisée	Fin août 2017
Grille d'observation pour l'observation participante	Fin août 2017
Questionnaire d'appréciation	Septembre 2017

- b) nécessite des modifications mineures pour être considéré éthiquement acceptable ☐

Justifications/Commentaires :

- c) nécessite des modifications majeures pour être considéré éthiquement acceptable ☐

Justifications/Commentaires :

- d) est non acceptable. Il est donc refusé. ☐

Justifications/Commentaires :

## ANNEXE D

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Participation à un projet de recherche dans le cadre de la maîtrise en  
enseignement au collégial

Dans le cadre de mes études de *Maîtrise en enseignement au collégial* de l'Université de Sherbrooke, je conduis un projet de recherche supervisé par une direction d'essai agréée qui atteste, au bas de ce formulaire de consentement, toutes les informations fournies.

## 1. TITRE DU PROJET :

Expérimentation du débrefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier.

## 2. CHERCHEUSE PRINCIPALE :

VÉRONIQUE VACHON enseignante au Département de Soins infirmiers

Numéro de téléphone :

Courriel :

## 3. INTRODUCTION

Je sollicite votre participation au projet de recherche que je conduis dans le cadre de mes études de *Maîtrise en enseignement au collégial* de l'Université de Sherbrooke. Le présent formulaire présente les considérations éthiques de ce projet. Il est important de lire et de bien comprendre chacun des éléments avant d'accepter d'y participer. À titre de chercheuse principale, je demeure disponible pour répondre à toutes vos questions.

#### 4. DESCRIPTION DU PROJET

Face à la problématique des étudiantes et des étudiants en Soins infirmiers qui éprouvent de la difficulté à transférer leurs connaissances antérieures pour favoriser leur pensée critique et ainsi exercer leur jugement clinique infirmier j'expérimente une nouvelle approche pédagogique. Mon essai vise à expérimenter le débriefage en stage afin de favoriser le transfert de connaissances et le développement du jugement clinique infirmier. Ainsi, je veux observer les mécanismes de transfert de connaissances que vous employez lors du débriefage. Par la suite, je vais vérifier si le débriefage en stage sollicite les composantes de la pensée critique et la démarche de soins afin de favoriser votre jugement clinique infirmier. Enfin, je veux valider si vous avez l'impression que le débriefage a contribué à l'avancement de vos connaissances, s'il a favorisé le développement de votre jugement clinique infirmier et qu'il vous a outillés pour intervenir adéquatement face aux prochaines situations de soins complexes qui se présenteront dans votre cheminement. Le projet se déroulera durant la session d'automne 2017.

#### 5. NATURE DE LA PARTICIPATION

Votre participation au projet de recherche implique de participer à un groupe de discussion focalisé pendant vos journées de stage effectuées en ma présence. Orienté sur une situation authentique spécifique vécue dans la journée de stage, j'animerai le groupe de discussion focalisé. Simultanément, j'observerai les transferts des connaissances et le jugement clinique infirmier qui seront sollicités. La rencontre avec le groupe de discussion focalisé sera d'une durée approximative d'une heure et s'effectuera en après-midi, pendant trois ou quatre journées de stage. Par la suite, au terme du stage, vous devrez répondre, au meilleur de vos connaissances, à un questionnaire qui me permettra de savoir si vous avez l'impression que le débriefage a contribué à l'avancement de vos connaissances, s'il a favorisé le développement de votre jugement clinique infirmier et s'il vous a outillés pour intervenir adéquatement face aux prochaines situations de soins complexes qui se présenteront dans votre cheminement. Ce questionnaire, d'une durée approximative de 15 minutes, sera complété à un moment qui correspond à vos disponibilités.

#### 6. AVANTAGES À PARTICIPER

Il y a aucun avantage direct à participer au projet de recherche. Par contre, en y participant vous contribuez à l'avancement des connaissances pour la communauté collégiale en Soins infirmiers. En effet, l'expérimentation de cette méthode pédagogique pourra faciliter le transfert des connaissances et favoriser le développement du jugement clinique infirmier contribuant, par conséquent, à la réussite scolaire et professionnelle.

## 7. RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Les participantes et les participants ne courent aucun risque à participer au projet de recherche. Le seul inconvénient réside au temps que les ceux-ci devront consacrer pour répondre au questionnaire et nous tenterons de diminuer l'impact de cet inconvénient en respectant vos disponibilités.

## 8. VIE PRIVÉE ET CONFIDENTIALITÉ

Pour assurer le caractère confidentiel et anonyme des données, vos noms seront remplacés par des noms fictifs alphanumériques lors de l'analyse et de l'interprétation des données et de la diffusion des résultats. Le questionnaire sera informatisé afin d'être rempli de façon anonyme. Seul la chercheuse ainsi que le directeur d'essai auront accès aux données.

Les données seront conservées à deux endroits sécurisés. Premièrement, la chercheuse conservera les données de verbatim dans un classeur sous clé dont seule celle-ci a la clé. Les données informatisées et enregistrements audio, effectués dans le cadre du groupe de discussion focalisé et le questionnaire seront conservés dans un dossier déposé dans le serveur du Cégep de Thetford pour lequel un accès sécurisé est nécessaire et dont seule la chercheuse connaît le mot de passe. Advenant le départ d'une participante ou un participant, ses données seront immédiatement détruites. Enfin, lorsque l'essai aura été accepté par l'Université de Sherbrooke, l'ensemble des données sera conservé pendant cinq ans avant d'être détruit.

Nous prévoyons la diffusion des résultats dans des banques de données suite à l'approbation de l'essai par l'Université de Sherbrooke. Les résultats pourraient également faire office de présentations d'ateliers ou congrès. Je m'engage à ne pas dévoiler l'identité des participantes et des participants lors de la diffusion des résultats.

## 9. COMPENSATION ET DÉPENSES

Aucune compensation monétaire n'est offerte pour la participation à ce projet de recherche.

## 10. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans fournir d'explication. Les participantes et les participants sont libres de se retirer en tout temps du projet en le signifiant à la chercheuse, et ce, sans préjudice et sans devoir justifier sa décision. Dans lequel cas, les données de la participante ou du participant seront immédiatement détruites. Les étudiantes et les étudiants des trois groupes de stage pourront bénéficier de l'expérimentation du débrefage en stage afin de ne pas fournir un enseignement inéquitable pour les groupes de stage. Seules les

données pour les participantes et les participants du groupe 3, qui ont accepté de participer à l'étude, seront analysées. La participation à ce projet de recherche n'influencera en rien le résultat final du stage.

#### 11. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant ce projet, vous pouvez joindre la CHERCHEUSE OU LE CHERCHEUR. Si vous aviez des questions concernant le programme, vous pouvez joindre la DIRECTION D'ESSAI ou la RESPONSABLE DU PROGRAMME DE MAÎTRISE à ce courriel :

#### 12. CONSENTEMENT DE LA PARTICIPANTE OU DU PARTICIPANT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je soussigné (e), consens à participer à ce projet.

Nom de la participante ou du participant : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_  
(S'il s'agit d'une personne mineure, consentement et signature de l'autorité parentale)

Date : \_\_\_\_\_

#### 13. ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE OU DU CHERCHEUR

Je certifie a) avoir répondu aux questions du signataire quant aux termes du présent formulaire de consentement b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation dans le projet.

Nom de la chercheuse : \_\_\_\_\_ Véronique Vachon \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ 2017-09-13 \_\_\_\_\_

#### 14. ENGAGEMENT DE LA DIRECTION D'ESSAI

J'atteste que les informations contenues dans ce formulaire ont été communiquées de bonne foi par Véronique Vachon.

Nom du directeur d'essai : Sébastien Piché

Signature : \_\_\_\_\_

Date : 13 septembre 2017

[Performa@USherbrooke.ca](mailto:Performa@USherbrooke.ca)

## ANNEXE E

## DÉROULEMENT ET ÉCHÉANCIER

Déroulement des étapes de la recherche-expérimentation selon Paillé (2007).	Tâches à réaliser	Échéancier
1-Choix des méthodes de collecte de données	Méthodes de collecte de données : -questionnaire -observation participante -groupe de discussion focalisée	Mai-juin 2017
2-Préparation des outils conceptuels et techniques	-Compléter les formulaires d'éthique pour de l'université de Sherbrooke	Avril 2017
	-Compléter le formulaire d'éthique pour le Cégep de Thetford.	Avril 2017
	-Soumettre le projet au CER du Cégep de Thetford	Avril 2017
	-Élaboration des formulaires de consentement  -Adaptation de la grille d'animation de débriefage et validation par un expert -Élaboration d'une grille d'observation participante incluant attitudes démontrées par l'étudiant, prise en considération des étapes de résolution de problèmes et validation par un expert	Septembre 2017
3-Mise en place des conditions de l'expérimentation	Présentation du projet Choix des participants Élaboration du questionnaire	Septembre 2017
4-Expérimentation et collecte des données de la recherche	Début du débriefage en stage avec le groupe 3 de stage.  Le débriefage réalisé auprès du groupe de stage permet un groupe de discussion focalisée sur un sujet : préparation et administration de la médication. Utilisation de la grille d'animation du débriefage.  Observation participante de la chercheuse qui complète la grille d'observation des attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique professionnelle	Octobre-novembre 2017



	Questionnaire à la fin de l'expérimentation auprès des participantes et des participants pour collecter leur appréciation du débriefage.	
5-Répétition de 3 et 4	Débriefage effectué avec le groupe 2 de stage	Novembre 2017
6-Analyse des données de la recherche-expérimentation	Transcriptions des données enregistrées du débriefage Analyser les réponses des questionnaires. Analyser les résultats de la grille d'observation des attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique professionnelle Établir un codage pour les données	Janvier 2018 à mars 2018
7-Mise en forme de la description des résultats	Interprétations des résultats	Avril à Mai 2018
8-Critique de l'expérimentation et recommandations	Recommandations suite à l'interprétation des résultats.	Mai-Juin 2018

## ANNEXE F

### GRILLE D'ANIMATION DU DÉBREFFAGE

#### Situation : Préparation et administration de la médication

1. Rassembler	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelles ont été vos émotions lorsque vous avez préparé et administré les médicaments?</li> </ul>
2. Analyser	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aviez-vous l'impression d'avoir toutes les connaissances préalables nécessaires pour préparer et administrer la médication?</li> <li>Parlez-moi des données cliniques qui ont attiré votre attention pendant la préparation et l'administration des médicaments.</li> </ul> <p style="margin-left: 40px;"><u>Présentation des situations aux autres étudiants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comment avez-vous procédé ou comment allez-vous procéder afin de trouver la bonne intervention à faire?</li> <li>Quelles sont les hypothèses que vous avez ou que vous élaborez?</li> <li>Quelles interventions cliniques avez-vous faites ou auriez-vous faites?</li> </ul>
3. Synthétiser les apprentissages réalisés	<p style="margin-left: 40px;">Résumé des éléments essentiels de la situation et ce qui était attendu des étudiants. (L'enseignante ou l'enseignant amène les étudiantes et les étudiants à dire ce qui aurait dû être fait dans les situations présentées.) On fait ressortir les apprentissages acquis par les situations présentées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifiez 2 points forts et 2 points à améliorer pour la prochaine fois.</li> </ul>

Grille adaptée de la grille de Deschênes, M. F. (2016). Le développement du jugement en situation authentique. *Pédagogie collégiale*, 30(1), 14-22.

## ANNEXE G

### GRILLE D'OBSERVATION DES ATTITUDES LIÉES À LA PENSÉE CRITIQUE ET APPLICATIONS À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Nom de l'étudiante ou de l'étudiant :

Date :

Attitudes liées à la pensée critique et applications à la pratique professionnelle

Attitudes	Exemples d'applications à la pratique professionnelle en CHSLD L'étudiante ou l'étudiant :	Attitudes Sollicitées
Confiance	<ul style="list-style-type: none"> <li>évite de donner l'impression de douter de ses habiletés lors de l'évaluation d'une situation de soins.</li> </ul>	
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>pense à consulter des ouvrages ou articles fiables pour en savoir davantage sur le sujet : livres de références : Potter, Lewis,...</li> <li>discute avec ses collègues des interventions de soins.</li> <li>est capable d'organiser son travail en utilisant un plan de travail</li> <li>pense à évaluer le patient en utilisant la démarche de soins</li> </ul>	
Impartialité	<ul style="list-style-type: none"> <li>écoute les points de vue dans toute discussion avant de prendre des décisions ou de se faire une opinion</li> <li>Examine les faits de façon objective</li> </ul>	
Responsabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>demande de l'aide en cas de doute</li> <li>rapporte immédiatement le moindre problème en stage</li> <li>respecte les normes déontologiques</li> </ul>	
Initiative	<ul style="list-style-type: none"> <li>pense à vérifier les prescriptions du médecin en cas de doute ex : lors de l'administration de la médication</li> <li>pense à proposer des solutions</li> <li>aide des coéquipiers</li> </ul>	
Discipline	<ul style="list-style-type: none"> <li>fait preuve de rigueur lors de l'utilisation des outils pour évaluer les résidents ex : PQRSU, CAPIE</li> </ul>	
Persévérance	<ul style="list-style-type: none"> <li>se méfie des solutions faciles, si les renseignements semblent incomplets, demande des précisions aux infirmières ou aux autres professionnels de la santé</li> </ul>	

Créativité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cherche des approches différentes si les autres interventions n'ont pas donné de résultats (offrir jus de pruneau en cas de constipation, utilise cuillère pour donner médicaments si le résident éprouve de la difficulté à les prendre sans les échapper,...)</li> </ul>	
Curiosité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cherche la cause d'un événement. Au-delà des signes et manifestations cliniques, recueille des données supplémentaires afin de prendre décisions cliniques appropriés</li> </ul>	
Intégrité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• reconnaît les divergences d'opinions et détermine des moyens pour arriver à des solutions communes</li> </ul>	
Prudence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• reconnaît le manque d'informations avant de prendre une décision adéquate</li> <li>• se questionne avant de poser un acte infirmier</li> </ul>	

## ANNEXE H

### QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DU DÉBREFFAGE

Bonjour!

Dans le cadre de mes études de Maîtrise en enseignement au collégial de l'Université de Sherbrooke, je conduis le projet de recherche intitulé : Expérimentation du débriefage en stage en Soins infirmiers pour favoriser le transfert des connaissances et le développement du jugement clinique infirmier auquel vous avez accepté de participer. Comme dernière méthode de collecte de données, je vous invite à répondre aux prochaines questions afin de sonder votre appréciation de l'activité débriefage et de valider sa pertinence. J'aimerais que vous soyez le plus honnête possible car il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce questionnaire, d'une durée approximative de 15 minutes, est informatisé afin d'être rempli de façon anonyme. Seule la chercheuse ainsi que le directeur d'essai auront accès aux données. Vous avez jusqu'au 23 décembre 2017 pour le retourner.

#### 1. Appréciation du moment et du lieu

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
1.1 Le temps accordé au débriefage en stage était suffisant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2 L'après-midi était un bon moment de la journée pour effectuer le débriefage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3 La salle utilisée était convenable pour la réalisation de l'activité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 2. Appréciation de l'outil débriefage et validation de sa pertinence:

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
2.1 Le débriefage m'a aidé à transférer les connaissances déjà vues dans les cours du programme (médecine-chirurgie, biologie, sociologie,...).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.2	Les situations choisies pour les séances de débriefing m'ont aidé à exercer mon jugement clinique infirmier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3	La situation de débriefing portant sur le chef d'équipe était une thématique pertinente et utile pour mes stages.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4	La situation de débriefing portant sur la distribution des médicaments était une thématique pertinente et utile pour mes stages.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5	Le débriefing m'a permis d'effectuer des liens significatifs (qui donnent un sens) entre chaque concept vu en classe et les situations authentiques de stage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6	Le débriefing m'a permis d'effectuer des liens significatifs que je n'aurais pu effectuer autrement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7	Les situations vues lors du débriefing m'ont permis d'ajuster mes actions lors des journées de stages suivantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8	Je prévois utiliser la méthode de résolution de problèmes (CAPIE) dans mon prochain stage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.9	La pratique du débriefing dès la 1ère année du programme Soins infirmiers aiderait les étudiants à mieux utiliser leurs connaissances théoriques dans un contexte de stage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.10	J'ai aimé participer aux séances de débriefing.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.11	Ma motivation à participer aux débriefings était importante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.12	J'ai eu de la difficulté à participer au débriefing car j'avais accès difficilement aux connaissances que j'avais apprises antérieurement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3.Appréciation du débrieur

		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
3.1	L'enseignante a dirigé de manière adéquate le débriefing.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2	L'enseignante a favorisé les interactions et les échanges entre les étudiants.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3	L'enseignante était compétente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4	Je me sentais à l'aise de parler lors du débriefing.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questions ouvertes :

4. Les points forts du débriefage sont les suivants :
5. Les points faibles du débriefage sont les suivants :
6. Autres commentaires :

## ANNEXE I

### LISTE DE MÉDICAMENTS À CONNAÎTRE POUR LE STAGE DE PERTE D'AUTONOMIE

*Le but de cette activité n'est pas de copier ce qui est indiqué dans votre livre de médicaments. Plusieurs de ces médicaments ont déjà été administrés plusieurs fois lors de vos stages précédents donc ils sont déjà connus. Cette liste constitue les médicaments courants dans le stage de perte d'autonomie. Vous aurez à répondre à mes questions pour exercer votre jugement clinique **lorsque vous allez les administrer**. Il est donc important de bien vous préparer. Je vous donne un exemple avec le colace.*

Médication	Classification/mécanisme d'action	Soins infirmiers importants
Colace	Laxatif émollient  Ce qui devrait se passer dans votre tête : c'est quoi émollient?	Si j'ai du sénokot ou du colace à donner en prn par lequel je vais débuter? Pourquoi ?  Le résident présente 3 selles molles ce jour, est-ce que je lui administre le colace s'il est prescrit et présent sur ma FADM?
Alvesco		
Amatine		



<b>ASA</b>		
<b>Atarax</b>		
<b>Atrovent S/L</b>		
<b>Cardizem</b>		
<b>Celexa</b>		
<b>Coumadin</b>		
<b>Coversyl</b>		
<b>Dexilant</b>		
<b>D-Tabs</b>		
<b>Éliquis</b>		
<b>Florinef</b>		
<b>Hydromorph</b>		
<b>Immodium</b>		
<b>Inspolto</b>		
<b>K-Dur</b>		
<b>Keflex</b>		
<b>Lasix</b>		
<b>Lax-a-day</b>		
<b>Lioresal</b>		
<b>Monoco</b>		
<b>Motilium</b>		
<b>Norvasc</b>		
<b>Novolin</b>		
<b>Novo rapide</b>		
<b>Pantoloc</b>		
<b>Polystyrène</b>		
<b>Prolopa</b>		
<b>Proloprim</b>		

<b>Proscar</b>		
<b>Questran</b>		
<b>Risperdal</b>		
<b>Senokot</b>		
<b>Septra</b>		
<b>Seroquel</b>		
<b>Synthroid</b>		
<b>Toviaz</b>		
<b>Tylenol</b>		
<b>Vitamine B12</b>		
<b>Zyprexa</b>		